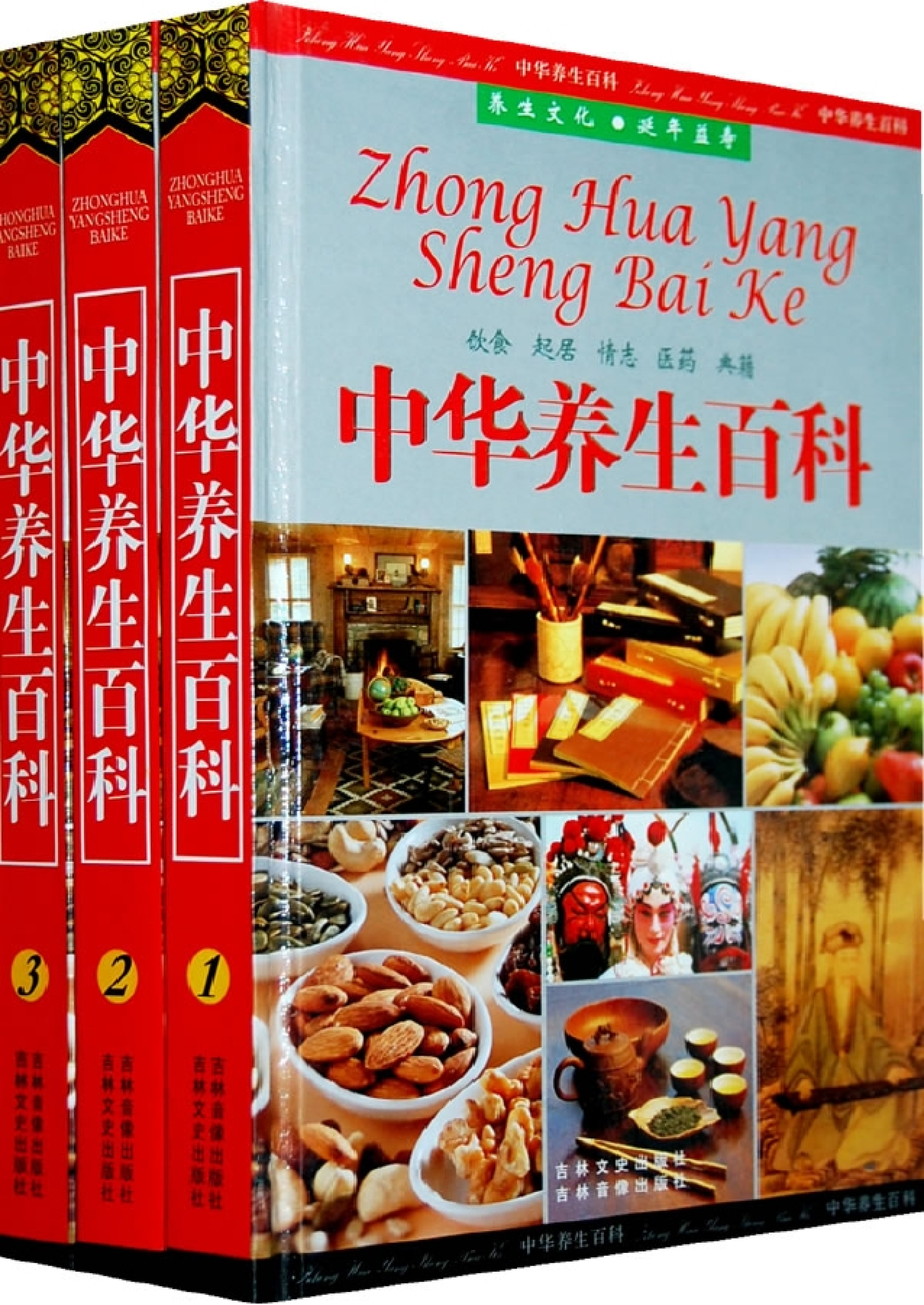

中华养生百科
养生文化 ● 延年益寿
中华养生百科
Zhong Hua Yang Sheng Bai Ke
饮食 起居 情志 医药 典籍
中华养生百科
吉林文史出版社
吉林音像出版社
中华养生百科
中华养生百科
ZHONGHUA YANGSHENG BAIKE
中华养生百科
1
吉林音像出版社
吉林文史出版社
ZHONGHUA YANGSHENG BAIKE
中华养生百科
2
吉林音像出版社
吉林文史出版社
ZHONGHUA YANGSHENG BAIKE
中华养生百科
3
吉林音像出版社
吉林文史出版社

图书在版编目(CIP)数据

中华养生百科/丁华民主编。—长春:吉林文史出版社,2006.2

ISBN 7-80702-293-0

Ⅰ.中... Ⅱ.丁... Ⅲ.养生—中国—百科 Ⅳ.J.32

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 080152 号

中華養生百科

丁华民 夏于全 主编

吉林文史出版社
吉林音像出版社 出版发行

北京潮运印刷厂印刷

开本:960×640mm 1/16 印张:50

字数:1280 千字 2006 年 3 月第 1 次印刷

印数:5000

ISBN 7-80702-293-0/J·32

定价(全 3 卷):260.00 元

导　读

中华历史源远流长，中华传统文化博大精深。在中华传统文化的历史长河中，有一股生生不息的汩汩洪流以其神奇的风姿别现出一道独特的风景线，那就是传统的中华养生文化。从神农氏尝百草起，中华养生文化便深深植根在中华民族的血脉中，虽然在它诞生的最初阶段，还只是纯粹以治疗疾病为主，但随着人们对客观事物认知的不断加深，中华养生文化也开始了它辉煌灿烂的时代。

首先是以春秋时老庄为代表的静默无为、清静自正的退养之说的产生。从此，中华养生文化便开始显现出它的独特性和高明处，即认为养生是一种文化，是一种思想。它强调身心的和谐健康，认为健康是建立在内心自省和与外在世界相和谐的境界基础上的。这是中华养生文化发展史上的第一座高峰，也奠定了中华传统养生学说的根基，此后历代的养生学说都大致以此为基础。体现这一阶段思想的代表作有《道德经》、《素女经》等。随后是汉魏两晋南北朝期间的道家养生说。这一时期由于受神仙鬼怪思想的影响，服用金石药饵以求长生不老的偏邪风气盛行一时，传统的养生文化逐步走向封闭性和神秘性，但这期间也出现了中华养生文化中的一支奇葩——导引术即气功术的产生。这一阶段的著述多以道家养生学说为主，如《黄庭经》、《清静经》、《胎息经》等。唐宋时期，随着佛教文化在中国的本土化，中华养生文化又出现了一个新的高峰，一种糅合儒、

释、道三家文化之长，以琴、棋、书、画为载体来陶冶身心的士大夫养生文化得以产生。它直接承继老庄学说，在注重内心自省的同时，又试图借助外在事物的帮助，以达到身心和谐的目的。体现这一阶段养生思想的作品有《茶经》、《棋经》等。从这时起，传统养生文化的理念和体系已基本建立起来，但总的来说，此时的养生学说还主要服务于贵族和官僚阶层，以一种形而上的精神生活为主，普通百姓则对此还缺乏认识。从元代开始，由于少数民族入主中原，传统的养生思想受到猛烈冲击，中华养生文化逐步趋于实用性和平民化，起而代之的是《饮膳正要》之类的日常生活类保健书籍。从此，养生之说才算真正深入到了普通民众的思想意识之中。

由于中华养生文化有数千年的历史，历代的典籍浩如烟海，其中既不乏至今仍为人们所遵循的健康准则，也有不少糟粕，如何正确区分和利用这一文化遗产成为当前养生文化研究中的一大课题，出于这一考虑，本书编委会本着在尽可能全景式反映中华养生文化脉络的基础上，精选了历代养生文化的代表之作，以集中反映中华养生文化的精髓。这些作品中既有反映养生哲学方面的书籍，也有介绍道家吐纳、导引术的书籍，以及集数千年医学精萃的日常保健类书籍。这套养生百科既可作为一部养生文化史来看，又不乏实用性和艺术性。

当然，限于我们的水平，本书在编撰过程中难免有挂一漏万、不尽人意之处，还请广大读者和专家予以批评指正。

本书编委会

2006 年 2 月

目录

家庭医疗

用药一般常识

有病不可滥服药

患病服药，理所当然，但是怎样服药，却很有讲究。不同医师对同一种疾病投药的剂量却不尽相同，他们依据医学理论和临床经验来确定药物剂量，并非擅自主张。

病人买药自服，就难免按自己的经验服用，尤其是一些家庭常备药品，更是如此。例如有些人习惯于服止痛药。最初是由于头痛或牙痛等疾患，经医师指定服用一定剂量之止痛药。服用见效之后，便开始自买自服。岂知任何止痛药都含麻醉成分，久服会因产生耐受性而使止痛功效减小，若要维持效力，必须增量。于是便逐步增加剂量。天长日久便会成“瘾”，每日非服不可。

再如有些父母由于关心孩子的健康，无论任何大小疾患，都投以药剂，以求早愈。这种心情，自然可以理解，但是结果却适得其反，小儿不但不能健康成长，反而成为依靠药品维持健康的人。其实幼儿的生命力最强，机体的抵抗力也强，因此用药理应节制。

虽然有“久病成良医”之说，但切勿过分相信自己的用药经验而自购药物滥服。病人知道的药物知识毕竟有限，用药不当可造成严重后果。医师治病是根据疾病和药物作用等诸多因素综合考虑而用药的。因此有病服药还是应在医师指导下进行。

服药有“法”

病人到医院药房取药时，小药袋上都写着服法与用药次数，这是为什么呢？是因为病人用药的时间、次数以及环境因素与药物的疗

效关系密切。病人如果不按照药袋上医嘱服药，不但影响药物的疗效，甚至会带来不良后果。

1.用药时间：药物的品种繁多，用药的时间必须与病人的饮食、睡眠等相应，才能更好地发挥药物的治疗作用和避免发生不良反应。用药时间一般有下列几种。

(1)空腹(如清晨)用药。空腹时，胃肠内的食物少，这时用药可使药物迅速进入肠内，经粘膜吸收入血，有利于药物发挥最大的效用。此外，局部起作用的泻药和驱虫药，一般在空腹时服。

(2)饭前用药(一般指食前30分钟)。饭前用药主要是使药物不致通过胃时过分稀释，以利于药物的充分吸收。这样药物对消化道刺激小，如肠道抗感染药、收敛止泻药、利胆药、胃壁保持药，还有容易被胃酸破坏而迅速进入肠道内的肠溶片剂，均宜在饭前服用。

(3)饭时用药。其目的之一是使药物直接与食物起作用。如帮助消化的胃蛋白酶合剂，宜在饭时或饭后服用。另外，对肠道刺激性大的药物，如硫酸铁，左旋多巴等，也宜在饭时服用。

(4)饭后用药(指饭后15～30分钟内)。饭后服用药物种类最多，这些药物对胃肠道一般都有刺激性，如解热止痛的阿司匹林吲哚美辛(消炎痛)等。

(5)睡前用药。诸如催眠药、安定药、作用较缓慢的轻泻药、驱虫药、一些妇科用药和抗肿瘤药物。

2.用药的次数：是根据病人的病情及药物的性能而定。一般吸收快、排泄快的药物，服用次数多；排泄慢的药物则次数较少，有的长效制剂每周只服1～3次。还有些特殊用药，如发热时服、痛时服、月经后服等，这就要靠病人酌情掌握了。

病人不要过早停药

有的病人问医师，为什么我的病都好了还要吃药呢？其实，有的疾病经治疗一段时间后，虽然病人自己的感觉好了，症状也似乎消失了，但病并没有真正痊愈。某些慢性病和功能性疾病，如肾炎、肝炎、神经衰弱等，尽管症状没有了，但经化验检查，指标还不正常。因为各种慢性病，病程一般比较长，需要有一个较长时间的调整，如果过早停药、中断治疗，疾病往往会复发。例如临床上常见的急性肾盂肾

炎，伴有尿频、尿急、尿痛等症状，经5天左右用药治疗后，症状基本消失，此时病人停止用药，过不了几天又会犯病，继续用药又很快见效。如此反复发作，反复用药，细菌将逐渐产生抗药性，病也变成了难治的慢性肾盂肾炎。如果能按医师的嘱咐，用药一直用到小便镜检正常后再过3～7天停药，就不会再出麻烦了。又如急性风湿热病，用药控制发热、关节痛等症状比较容易，但不能误认为烧退、关节不痛了就能停药，因为症状虽暂时消失，但引起风湿热的细菌尚未完全控制，疾病对心脏瓣膜的损害还在继续。故一般疗程应为3个月到半年。之后仍需观察5年，直至不再复发才能放心。过早停药可能使心脏瓣膜发生永久性损害，导致风湿性心脏病。

总之，用药时间一定要按医嘱严格执行。慢性病病人服中药也需"守方"有恒，有时十几剂，甚至几十剂才能治愈，不可自作主张，随便停药换药。

不应随意加大服药剂量

有些人生病吃药时，常常要超过医师规定的剂量。他们认为：多吃药，病就好得快。

病好得快慢，取决于用药量的多少吗？

不是！如果随意加大用药量，不但不能治好疾病，反而容易出问题。

专家们认为，一般药物的疗效，不会因为剂量增加而提高，因为药物在肠道被吸收有一定限度，加大用药剂量只不过是增加排泄而已。

据统计，病人用药后所引起的不良反应，90%以上都是由于用药过量而引起。比如过量服用四环素和对乙酰氨基酚（扑热息痛），都会损害肝脏；链霉素用量过大，可引起头晕和耳聋；庆大霉素用量过大，可引起尿蛋白和血尿。

常用的营养药物，多吃也没好处。比如大量服用鱼肝油或甲种维生素，会引起骨痛、皮肤发痒、毛发脱落、食欲减退、颅内压增高等症状。

总之，只有按医嘱，合理用药，才能起到药到病除，增进健康的作用。

不要直接用药瓶喝药

中西药有水剂、糖浆、酒剂等瓶装的药品，一些人图省事，或在旅行途中，打开瓶盖直接喝药，这样既不科学，也不卫生，还会产生咬破玻璃被吞咽的危害。用药瓶直接喝药，药量不准，服少了不起作用，服多了又会产生不良反应，甚至中毒。尤其是儿童、老年人，用瓶直接喝药更是危险，一是易打碎药瓶，浪费药物，二是易咬碎瓶口，误服玻璃碎片，造成食管出血，甚至使静脉曲张的食管大出血。用药瓶直接喝药，还会使口腔的细菌带入瓶内，使药水变质。

正确的方法是按医师嘱咐或瓶签上的说明剂量，将药倒在小勺或其他容器里，用开水冲服。这样既安全又卫生，更重要的是药量准，药物浓度低，温度适中，对胃及食管刺激较小，有利于健康。

不宜躺着服药

服药时所采用的体位对药物的吸收作用有着较大影响。英国一位科学家为病人口服了能在 X 线下清晰可见的钡元素，进行研究观察：结果发现病人采用站立或坐位服药时，只需 6 毫升的水冲服，药物在 5 秒钟之内就能全部达到胃里；但如果躺着服用同样的药物，用了多达几倍的水冲服，有一半药物在长约 25 厘米的食管里就逐渐被溶化吸收，并不能全部到达胃里，致使药物没有完全发挥作用，有些药物还会刺激食道粘膜。另外，躺着服药也易使药物和水误入气管，引起呛咳。

所以，在口服用药时，最好采用“站立”或“坐位”。切勿躺着服药。

什么情况下药品不能使用

1.药片。药片分糖衣片、非糖衣片。糖衣片如果出现受潮、变色、发霉、衣层裂开、溶化等现象不能服用；非糖衣片，如原来是白色，变为黄色，或发黑、有斑点、松散、潮解等，就不能再服用。如维生素 C 片，原药是白色，变成黄色或棕色；阿司匹林片，上面有小结晶析

出，并有一股醋酸气味；含碘的药物变成红棕色，都说明已变质，不能继续服用。此外，还有一种胶囊内装药粉，如果胶囊受潮发粘，里面药粉结块，也不可再用。

2.注射药。注射药(针剂)多为水溶液，一般为无色、微黄的澄明液体，不允许有浑浊、沉淀、絮状物和变色等现象，凡出现这样情况的，不可使用。

但有些针药本身是带色的，如维生素 B_{12} 注射液是红色的，维生素 B_2 是黄色的，有的清热解毒的中药针剂是深褐色的等。有些药品在天冷时会有结晶析出，加温后可以溶化，这种情况属正常现象，一般说明书上均有说明，未注明的应请教医师后再决定是否可用。

注射药中，还有一些溶液是油剂，如黄体酮、苯丙酸诺龙、维生素 D_3 等，均为澄明淡黄色油状液体。如发现混浊、沉淀或变成棕色，也不能再用。

3.中成药丸、片。如发现中成药丸、片发霉、生虫、潮化等，说明已变质，也不可再用。

4.药水、糖浆类。如发现药液中浑浊、沉淀、有霉点、变色、发酵、酸败等情况，都应作变质处理，及时倒掉。

5.外用药。眼药水和注射液一样，是澄明的水溶液，如出现结晶、絮状物或霉点，就是变质，不能再使用。药膏一般比较稳定，但如保存不当或时间过久，也会变质，如水、油分离、干涸或有酸臭味等。

不能滥用激素类药物

正确使用激素类药物可以治疗很多临床上难治的疾病，比如控制炎症，治疗风湿性关节炎、类风湿性关节炎、皮炎、红斑狼疮、严重支气管哮喘等都有较好疗效。因此有的人把激素类药物视为灵丹妙药，甚至因感染而发热时也当作退烧药来用，造成不良后果。

临床上激素之所以可以用于发热的病人，作辅助药物，是因为它可以抑制细菌释放的“致热原”，或直接作用于下丘脑体温调节中枢，提高机体对有害物质的反应能力，使体温下降，但它并无杀菌能力。相反，它还能削弱机体对细菌的抵抗能力。所以，凡是因感染而致的炎症发热，必须用激素药时，一定要同时使用足量的抗生素作基本治疗，否则将使炎症扩散，感染加重，发热也不可能退下来。有的人把

激素药作为解热镇痛药来用，尤其是在发热病因未明时用，更是错误的。

激素可以促进脂肪分解，使四肢皮下脂肪重新分布，形成向心性肥胖，如长期服用，病人可呈“满月脸”、“水牛背”等表现。激素可以对抗胰岛素的分泌，使血糖升高，尿糖呈阳性，因此，有肥胖或糖尿病家族史的人应慎用。激素还可诱发或加重胃溃疡、十二指肠溃疡的病情，严重者可引起溃疡穿孔或出血，这是因为激素能增加胃酸及胃蛋白酶分泌之故。

长期应用激素还会使病人易于招致结核、霉菌、病毒的感染，已有感染者，也可使之更严重。激素还可以增加眼压，诱发青光眼和白内障。

服用激素以后，人体自身腺体受到抑制，如果突然停药，中断了外来激素的补充，体内来不及调整，因而会造成一系列肾上腺皮质功能不全的症状，如恶心呕吐、厌食、乏力等。因此，只能渐渐减量，不可骤停。

总之，激素类药用途虽广，但用得不当其副反应也多，临床上应按照能不用就尽量不用、能少用决不多用、能短时用绝不长期用的原则。

肠溶片不可嚼碎服用

小孩吞药片有困难，有的家长常常将药片碾碎，或叫病人嚼碎服用，采用这种方法对某些药适用，但对另一些药则不适用，而且有一定副作用。

如临床常用的剂型肠溶片，它是指在胃液中不崩解、而在肠液中能够崩解吸收的一种片剂，将药物制成肠溶片是为了满足药物性质及临床医疗的需要。这是因为：许多药物在胃液酸性条件下不稳定，易分解失效或对胃粘膜有刺激性；还有的药品只有在肠腔中能够吸收。为了妥善解决以上问题，就在这些药物的外面包上一层只能在碱性肠液中溶解的物质（如虫胶等），这就是肠溶衣。为了充分发挥药物的治疗效果，减少毒副反应，肠溶片剂应整片吞服，切不可嚼碎或研成粉末服用。目前临床常用的肠溶片剂有：红霉素肠溶片、麦迪霉素肠溶片、庆大霉素、胰酶肠溶片、淀粉酶、呋喃妥因（呋喃嘧啶）、

多酶片、复方菠萝酶、双氯灭酸(双氯灭痛)等等。

注射用针剂不可口服

在临床医疗工作及现实生活中,我们发现有的病人或医师为了减少注射疼痛,或在不具备注射条件时,让病人直接口服注射用药液或药粉,这样做是很危险的。

很多药物之所以制成针剂使用,是因为这些药物在消化道的胃酸溶液中不稳定,易被破坏、失效或吸收不好而达不到有效血药浓度。例如口服青霉素粉针、红霉素粉针、庆大霉素注射液等,这是根本没有临床疗效的,搞不好还会引起致命的药物过敏性休克反应。其次,现常用的直(曲)颈玻璃安瓿打开时,玻璃碎片也会混入药液而被误服吞下,致使食管划伤,造成消化道内出血。有些药物虽然既可注射给药,也可口服给药,但两种不同制剂的价格相差75%~90%。如100毫克的维生素C针剂和片剂的价格比是10:1;同剂量的口服葡萄糖和葡萄糖注射液的价格是1:4.3。把注射用药口服,这显然是一种浪费。为了科学、安全、合理、经济地使用药物,注射用针剂一定要注射给药,切不可随便改为口服。

不要滥用氟轻松

氟轻松(肤轻松)软膏是合成的激素制剂,有消炎和抗过敏的作用,对多种皮肤病,如接触性皮炎、湿疹、神经性皮炎及脂溢性皮炎等是有效的,特别是对这些皮肤病所引起的瘙痒,有一定的止痒作用。然而,有些人把它当成治疗皮肤病的万能药,动辄就要求医师开氟轻松。事实上并非如此,一些感染性皮肤病,外用氟轻松不但无效,甚至还会使局部抵抗力降低,令病情加重。下面一些皮肤病是不适宜使用氟轻松的。

足癣(又称香港脚)、股癣等皮肤病,都是由表皮癣菌引起的,氟轻松没有直接杀灭或抑制这些癣菌的作用。因此,足癣、股癣用氟轻松时,只能起暂时控制炎症和止痒作用,但不可能杀死癣菌,如长期或反复使用,会使癣病加重和扩散。

脓疱疮、疖以及化脓性皮肤病,也不适宜用氟轻松。因为这些皮

肤病也是由细菌引起的，擦氟轻松后不但治不了这些病，还会使病情加剧，增加痛苦。

长在口唇旁的单纯疮疹和长在身上的带状疱疹，也不宜用氟轻松。因为这些皮肤病是由比细菌还小的病毒引起的，而氟轻松没有杀灭及抑制病毒的作用，如果疱疹外用氟轻松，也会使患处感染加剧。

青年人的痤疮，是青春发育期皮脂腺活动旺盛而引起的常见的皮肤病。这种皮肤病容易合并感染发生脓疱或炎症性小结节，这时如果涂擦氟轻松，有害无益。

尤其不要在面部长期使用氟轻松，否则会引起皮肤轻度萎缩、变薄、毛细血管扩张、皮肤发皱。特别是婴幼儿，皮肤娇嫩，更不宜长期大面积使用，因为它是较强的激素制剂，皮肤吸收后，会引起肾上腺皮质功能抑制，带来严重不良后果。

切莫乱用退热药

发热是机体的一种防御性反应，也是多种疾病的共同症状。解热退热药能使发热病人的体温暂时降低，但不能消除病因。或者当药物作用消失后，发热又会出现；或者还会因用解热药扰乱了发热的规律，出现假象，造成误诊，影响正确治疗，甚至危及病人的生命。在发热原因未弄清楚之前，乱用解热退热药有如下危害：

一是掩盖病情，贻误治疗，特别是有流行性出血热的地方，似感冒发热的病人千万不要用阿司匹林、去痛片发汗退热。因为出血热要早发现，早治病，应用阿司匹林等解热退烧药后，出现暂时假象，延误了抢救治疗时间，使病情加重，甚至造成死亡。

二是解热药一般是通过皮肤血管扩张、出汗等散热方式来恢复体温正常的，若用量大或病人体弱，会使出汗过多，体温骤降，血管扩张，出血不止，致使病人发生虚脱危及生命。特别是新生儿发热时，严禁给小儿退热片或阿司匹林等退热药。这类药能引起新生儿青紫、发绀、贫血，以及便血、吐血、肚脐出血，甚至脑内出血，如不及时抢救会造成死亡。一部分解热药还有过敏反应等不良作用，应用这类药物会引起不少的麻烦。

因此，一般发热也无须用解热药，只有当病人体温超过 39℃ 以

上，或因高热发生昏迷、抽风等症状，或病人发热虽不甚高，但有头痛、失眠、精神兴奋等症状，而妨碍病人休息或影响治疗时，方可使用解热药。

怎样使用助消化药

在正常情况下，人体能分泌胃酸和一些酶类来帮助消化。但是，如果胃肠功能紊乱，饮食失调，就会影响酶的分泌，引起消化不良。这时就需要服酶和酸类药物，以帮助消化。常用的消化药及其注意事项归纳如下：

胃蛋白酶：是从猪、牛、羊的胃粘膜上提取出来的一种水解酶，又称胃泌素。在酸性环境中活性高而且稳定，但遇碱则失效。胃蛋白酶有消化蛋白质的作用，能将食物中的蛋白质变为蛋白胨，从而促进对蛋白质的消化。吃肉类、蛋类、豆类食物过多，若产生了消化不良、食欲不振和病后体弱、吃东西不香等，可服用蛋白酶。常与稀盐酸配成胃蛋白酶合剂服用，但不能和小苏打同服。胃溃疡和肥厚性胃炎病人不宜服用。

淀粉酶：又名糖化素、淀粉酶素。是从麦芽中取得。有帮助胃肠消化淀粉类食物的功能。如吃米、馒头、面条、红薯、土豆等过多引起的消化不良，可服用淀粉酶以帮助消化。本品应在饭后服用，每次服0.25～0.5克，一日3次。

胰酶：又名胰酵素、胰液素，是从猪、牛、羊的胰脏提取的。主要成分含胰淀粉酶、胰蛋白酶和胰脂肪酶，有消化蛋白质、脂肪和淀粉的作用，常用于一般消化不良、食欲不振，尤其适合慢性胃炎、肝脏病和糖尿病病人的消化障碍。胰酶片禁与稀盐酸同服，因胰酶遇酸则被破坏而失效。

乳酶生：又叫表飞鸣，是由活乳酸杆菌加适量淀粉压制而成的片剂，每片0.3克，约含乳酸杆菌300万个以上，一日3次，每次2～3片。该药进入肠道后，能分解糖类生成乳酸，使肠内酸性增高，可抑制肠内病原菌的繁殖和肠内的物质发酵，减少肠内产生气体，从而可减轻腹胀，适用于消化不良、肠胀气及腹泻。特别对小儿消化不良性腹泻有较好效果。

酵母片：是酵母菌的干燥菌体，为制啤酒时在发酵液中滤得的沉

淀粉加入蔗糖制成。干酵母中含有维生素 B_1、B_2、B_6、B_{12}叶酸、肌醇、蛋白质、以及消化酶、麦糖醇等，具有营养价值与医疗作用。适用于治疗食欲不振、消化不良及 B 族维生素缺乏症所引起的疾病，也可用于肝炎的辅助治疗。干酵母片，每片含 0.3、0.5 克两种，每次服 1.0～2.0 克，饭后嚼服。

稀盐酸：常用来治疗各种原因引起的胃酸缺乏症，如萎缩性胃炎、发酵性消化不良、恶性贫血、胃癌等；并可消除饭后胃部不适、腹胀、暖气等症状。常与胃蛋白酶合用。服用稀盐酸后应马上漱口，以免酸蚀牙齿。胃溃疡、肥厚性胃炎和胃酸过多的病人不宜服用。

不要滥用速效感冒胶囊

近几年来速效感冒胶囊几乎成了家庭必备药品，许多人咳嗽、头痛、流涕、咽痛都服用它，甚至还常用来预防感冒，这是不对的。本品大剂量服用会引起中毒反应，甚至危及生命。曾有人一次服用 7 粒速效感冒胶囊发生马来酸氯苯即敏（扑尔敏）中毒，经抢救才脱险。

速效感冒胶囊内含有人工牛黄、酸氯苯即敏（扑尔敏）、咖啡因和对乙酰氨基酚（扑热息）痛，其中对乙酰氨基酚（扑热息）痛是一种非类固醇类解热镇痛药，过敏体质的人服用，可导致粒细胞减少，过敏性皮炎；若肾功能减退的病人服用，可致间质性肾炎，甚至引起急性肾功能衰竭。所以千万不要滥用速效感冒胶囊。

不要滥用泻药

应用泻药的目的是排除肠内毒物，治疗便秘，或与驱虫药合用，帮助驱出虫体和排除剩余的驱虫药等。有些人发生便秘，不问病因就用泻药通大便，结果泻药用量越来越大，便秘也更加顽固，因此在用泻药时须注意：

1. 不要把服用泻药看成常规治疗便秘的惟一方法。对便秘应注重病因治疗，并从生活、饮食习惯等方面加以纠正。如便秘系饮食过少、食物过于精细所致，宜多食富有植物纤维的蔬菜等；如为腹肌和结肠肌肉无力所致，可给予适量的轻泻药或缓泻药协助通便，更重要的是，应鼓励病人多作体力运动，养成定时大便的习惯。总之，泻药

的作用是刺激肠粘膜，使它产生排便冲动或者润滑肠壁。得了便秘，想通过泻药彻底解决问题，一般是不可能的，它只能起救“急”之用。只有查出便秘原因，再进行治疗，才有药到病除的效果。

2. 要根据病情选择药物。如慢性便秘不用致泻力强的峻泻药（硫酸镁等），因这类药物可使小肠蠕动加强，长期服用易导致消化道功能紊乱；只在排除肠内毒素和辅助驱虫药驱除肠虫时，才宜使用。同时也要注意，病人体质过弱者不宜用；蓖麻油等泻药不能用来排除肠溶性毒物，因它可促进该类毒物的吸收。此外，大黄及以大黄为主的清热泻下药，如三黄片、牛黄解毒片、牛黄上清丸等，对年老、孕产妇属气血虚弱所致的便秘病人不宜使用，以免损伤脾胃。

3. 对诊断不明的腹痛病人切忌使用泻药，以免延误诊治。泻药可使极度衰弱及脱水状态的病人失水情况进一步加重；可使患有机械性肠梗阻，伤寒，腹膜炎等疾病的病人有并发肠穿孔的危险；还可反射性地引起盆腔器官充血，故孕妇及月经期妇女也应慎用，以免发生流产、早产或月经过多。

头痛切勿乱用药

每当遇到头痛，不少人就想起去痛片、APC(复方阿司匹林)、对乙酰氨基酚(扑热息痛)、吲哚美辛等。服用后似乎可缓解一下头痛，但去痛片、APC这类止痛药只能缓解症状，却不能消除病因。然而，引起头痛的原因千差万别。例如患高血压病时常伴有头痛。其部位多为额部、枕部、性质为头颅深部钝痛，并有头晕、头胀、头部紧缩感；近视眼、远视眼病人，在下午或晚上，尤其在用眼过久以后也可出现头痛，且常在两侧眼球及眉弓部胀痛，但休息后可减轻或消失；得了鼻窦炎也有头痛，常伴随有鼻塞、流浓鼻涕，而且早晨比下午严重；颅内如有肿瘤或其他占位性病变等，会出现持续性头痛，并逐渐加重，呈炸裂性，同时伴有恶心、喷射状呕吐、视力减退、行走不稳、瘫痪等；得了青光眼，亦可出现较为剧烈的头痛，并伴有呕吐，但呕吐不呈喷射状；得了神经衰弱也有头痛，但头痛的部位和性质常常不固定，而且睡眠有改善时，头痛往往减轻。此外，还有其他性质的头痛，如偏头痛，三叉神经痛，脑外伤引起的头痛，牙病、中耳炎引起的头痛，伤风感冒或其他感染性疾病也可引起头痛。因此，必须搞清楚头痛的原

因,针对病因再进行治疗,头痛方能解除。

治疗各种头痛的止痛药,均有一些毒副作用,而且有些是相当严重的,所以,在服用这些药物时,必须在医师的指导下使用,尤其是老年人、幼儿、体弱者,决不能滥服。

维生素C能代替水果、蔬菜吗

维生素C对人体具有重要作用,它的主要来源是水果和蔬菜。有人以为,平时只要多服一些维生素C药片,不吃水果和蔬菜,也能达到同样效果。其实,这种做法并不能使人体有效地利用维生素C,有时还会适得其反。

存在于水果和蔬菜中的天然维生素C,与人工合成维生素C相比,有一个不容忽视的优点,那就是很多水果和蔬菜中存在的维生素C是以两种物质,即维生素C与维生素P组合的状态存在的。在人体组织中,维生素P能协助维生素C发挥作用。而人工合成的维生素C则是纯药物制剂,其效果远不如天然维生素C。此外,服用维生素C药片往往用量较大,如长期服用可在体内生成大量草酸,成为肾结石的物质基础。而水果、蔬菜中的维生素C并不会使尿中草酸过高。

一般认为,每日摄入10毫克维生素C,就可防治坏血病。但考虑到维生素C极易遭受破坏,所以我国制定的供给量标准要稍高些。一般每日的供给量为:成年男子75毫克,女子70毫克,孕妇100毫克,乳母150毫克,儿童按体重比例计算略高于成年人。按这个标准,人们完全可从日常饮食中得到补充,因为水果和蔬菜中的维生素C含量,一般都很丰富。如每百克柑橘含维生素C117毫克,鲜枣540毫克,山楂87毫克,草莓35毫克,雪里蕻83毫克,荠菜80毫克,青蒜77毫克。也就是说,健康人如果每天吃半斤以上的蔬菜或水果,就可以达到生理正常需要量。因此,除维生素C严重缺乏的病人外,凡健康者都应尽量从饮食中补充维生素C。

维生素不是补药

维生素是维持人体正常代谢过程中所必需的一种营养素。人体

对维生素的需要量并不大，而且需要量是一定的，某种维生素在体内过多还会引起疾病；缺少则更会致病。因此，维生素不能对人产生滋补作用，也不是补品药。

有些人把维生素当作补品药长期服用是没有什么好处的。因为在日常生活的饮食中都含有各种各样的维生素，已能供应人体的需要。当你并不缺乏维生素的时候，盲目服用大量的维生素，只会增加人体代谢的负担，甚至会发生中毒事故。因此，把维生素当成营养补品是完全错误的。例如维生素A是防治夜盲症的良药，但长期大量服用，就会出现毛发干枯或脱落，皮肤干燥瘙痒，食欲不振，体重减轻、充血、四肢痛，眼球突出，剧烈头痛，恶心呕吐等中毒现象，又如维生素D是防治佝偻病的药物，但婴幼儿长期大量服用就会引起低热、烦躁哭闹、厌食、体重下降、肝脏肿大，肾脏损害，骨骼硬化等病症。

服用过量的维生素B_1、B_2、烟酸，也是有害的，大量使用维生素B_1，会引起头痛、眼花、烦躁、心律失常、浮肿和神经衰弱。临产妇女大量使用维生素B_1可引起出血不止。过量用烟酸以后，可以引起面部潮红、皮肤瘙痒、肝功能不正常、黄疸、低血压、甚至引起胃溃疡。

大量使用维生素C，还可能引起腹痛、腹泻、糖尿病、肾结石，并降低某些妇女的生育能力。

维生素不是滋补药品，维生素的适应症是维生素缺乏症，绝不是体质虚弱就需要服用维生素。因此，服维生素要对症，并且按需要量服用，不能大剂量一次服。

维生素类药不宜饭前服

为了使人体组织能够更充分地吸收各种维生素，维生素类药一般应在饭后服，而不宜在饭前服。其原因是：如维生素B_1、B_2、C等，口服后主要经小肠吸收。若饭前空腹服，维生素较快通过胃肠，很可能在人体组织未充分吸收利用之前，即从尿中排出，从而起不到最佳的作用。而饭后服，因肠道有食物，可使维生素缓缓通过肠道，较完全地被吸收而起到理想的治疗效果。如维生素A、D、E等，油类食物有助于它们的吸收。

此外，有些矿物质利于维生素的吸收；相反，有的维生素也能促进一些矿物质的吸收。人们的饭食中含有许多矿物质。因此，需要

补充维生素时最好在饭后服用，或配合吃一些含矿物质更丰富的食物，这样效果会更好。

可致维生素缺乏的药物

临床证明，人体维生素的缺乏，除了供应不足或吸收障碍外，某些药物也可导致维生素的缺乏。

甲氨蝶呤为抗叶酸类药物，由于其本身的直接毒性反应，可引起维生素 B_{12}的缺乏；或者由于减低叶酸盐的活性，使肠粘膜萎缩，对维生素 B_{12}的吸收发生障碍，而致维生素 B_{12}缺乏。

考来烯胺是一种含有 4 个氨基的离心交换树脂，在肠道内考来烯胺与胆酸结合，降低血清胆固醇，故用于治疗梗阻性黄疸的瘙痒。由于此药可以引起脂肪性腹泻，且通过与内因子的结合及干扰维生素 B_{12}复合物内因子的形成，亦导致维生素 B_{12}的缺乏。新霉素以同样的机理，使肠粘膜超微结构改变，引起维生素 B_{12}的缺乏。

秋水仙碱按治疗量应用数天后，由于回肠功能的改变，影响维生素 B_{12}的吸收，造成维生素 B_{12}的缺乏；对氨基水杨酸钠选择性妨碍维生素 B_{12}的吸收，可能是由于抑制肠粘膜内某些与叶酸有关的酶。应用二甲双胍或苯乙双胍治疗糖尿病病人时，由于影响维生素 B_{12}的吸收，使其血清浓度减低，但不严重。应用硝普钠（快速作用的降压药）后，可引起血清维生素 B_{12}和血清中甲钴胺的总浓度下降。女性口服避孕药都属于雌二醇的衍生物，由于抑制血清中能结合和运转维生素 B_{12}的蛋白质的合成和释放，致使维生素 B_{12}的水平降低。上述这些药物都可通过不同途径导致维生素 B_{12}的缺乏。

长期应用抑制肠道内细菌生长的药物，如广谱抗生素和肠道内不易吸收的磺胺类药物，能抑制肠道内寄生的非致病菌，减少了肠道内维生素 K 的合成，导致维生素 K 的缺乏。

摄入过量的维生素 A，能抑制维生素 K_2 的肠内合成，并且因为维生素 K_1、K 均为脂溶性物质，其他脂溶性的维生素如 A 和 D 都能影响其吸收。胆汁和胆盐可助维生素 K 的吸收，当胆汁缺乏、胆道梗阻性疾患及对肝脏有毒性的药物，均可减少维生素 K 的吸收，间接引起维生素 K 的缺乏。口服抗凝药如双香豆素的结构与维生素 K 相似，可与维生素 K 竞争，减少凝血酶原在肝脏内的合成；孕妇因癫痫

服用抗惊厥药后，经过胎盘输送，并以类似抗凝药的作用而抑制维生素K的生成，引起新生儿维生素K的缺乏。

异烟肼、环丝氨酸、L－多巴、肼苯哒嗪、D－青霉胺、四环素等广谱抗菌药均可导致维生素B_6缺乏。

四环素、阿司匹林、口服避孕药、酚酞及抗惊厥药可致维生素C的缺乏。

液体石蜡、酚酞、考来烯胺、抗惊厥药、泼尼松可致维生素D缺乏。液体石蜡、消胆胺还可致维生素A的缺乏。

吸烟会影响药物的疗效

专家们指出，烟油中含有大量的多环芳烃类化合物，可增强肝药酶的活性，加速一些药物的代谢和灭活，缩短药物半衰期，使血药浓度降低，疗效减弱；吸烟还会明显地延迟胃排空时间，使幽门收缩压下降而影响药物的疗效。

曾有报道，吸烟者在拔牙时，如使用利多卡因进行麻醉，不仅麻醉效果差，疼痛率也会有所增高；吸烟还可增加口服避孕药对心血管的损害。35岁以上的病人，每天吸烟15支以上者，这种危险性更大。另据统计，在服药期间，吸烟者心肌梗塞的发生率和死亡率，比同年龄不吸烟者高出10倍。

经研究，吸烟可降低下列药物的疗效：氨茶碱、地西泮、氯氮卓（利眠宁）、氨硝西泮（氯硝安定）、西咪替丁（甲氰咪胍）、呋塞米、咖啡因等。专家们同时发现，吸烟还能使喷他佐辛蓄积于体内，或增强导眠能的催眠作用，易使病人发生药物中毒。

由此可见，吸烟可明显影响多种药物的治疗效果。为了提高药物疗效，减少毒副反应，在药物治疗期间，一定要禁止吸烟。

服哪些药时忌喝茶

饮茶对人的健康长寿虽有许多益处，但你可知道，饮茶也会影响一些药物的疗效。究竟哪些药忌与茶水同服呢？

缺铁性贫血的病人和孕妇，在服用硫酸亚铁、富血铁和枸橼酸铁时不能喝茶，因为茶中鞣酸与铁剂会发生沉淀，影响铁的吸收。

服多酶片、胰酶片、胃蛋白酶等酶制剂时不能喝茶，因为这些药物属于蛋白质，茶水中鞣酸可以和它们发生作用，生成不溶性沉淀，从而降低药效。盐酸麻黄素、黄连碱、磷酸可待因、硫酸阿托品、地高辛、去痛片、优散痛、安痛定等在与茶水合用时也会降低药效，也不宜合服。

呋喃唑酮、苯乙肼、异卡皮肤、帕吉林等都属于单胺氧化酶抑制剂，服用这些药品时也不可饮茶，因为痢特灵等能使脑细胞的功能活跃，使人兴奋，而茶叶中的咖啡因和茶碱也可使人进行兴奋状态，二者同用则可导致过度兴奋、失眠、血压升高等不良反应。相反，服用镇静安眠的药物，如苯巴比妥、地西泮、氯氮䓬、甲丙氨酯（眠尔通）、三溴片和镇咳药，如喷妥氏林（咳必清）等，亦不能用茶水送服。

大黄苏打片、健胃片、小儿消食片均含有碳酸氢钠，如同茶一起服，茶水中的鞣酸能和碳酸氢钠发生作用而促使药物分解破坏而失效。

双嘧达莫是通过增加心脏肌肉中的环磷酸腺苷而发挥作用的，茶叶中的咖啡因能对抗环磷酸腺甙，从而降低药效。通常用来治疗结核的利福平，如果同时饮茶也会影响药物吸收。

此外，不少中药如知母、贝母、酸枣仁、元胡、大蓟、小蓟、牛膝、人参、党参等，也忌与茶同服。

油、盐、酱、醋对药效有哪些影响

1. 油对药物治疗的影响

大量食用动、植物油的同时，不宜服用铁剂（如硫酸亚铁、碳酸亚铁、富马酸铁、人造补血药等）。因为油脂能抑制胃酸的分泌，可影响 Fe^{3+} 转变为 Fe^{2+}，从而减少了铁在胃肠道的吸收。高脂肪性的食物能降低多西环素、盐酸四环素胶囊的吸收，影响其生物利用度。实验证明，盐酸四环素降低约 50%，多西环素降低 20%。因此，多西环素、盐酸四环素不宜与脂肪性食物同服。动物性脂肪最好不与降血脂药物同服，同服时可影响治疗效果；降血脂药物与植物油同服时，则效果较好，因为植物油多含有不饱和脂肪酸，能与胆固醇结合成酯，易于排出体外，降低血管壁的胆固醇含量。油脂可增加某些驱虫药的溶解度，从而增加了在胃肠道中的吸收，使肠道中药物浓度下

降，疗效降低，并且还会引起毒性反应。故服用上述驱虫药时，不宜食用油脂性食物。

2. 盐对药物治疗的影响

风湿病伴有心脏损害的病人，在使用水杨酸钠治疗期间，要限制病人食用大量的氯化钠。因为钠可促发或加重充血性心力衰竭。使用促肾上腺皮质激素、糖皮质激素治疗的病人，要给予低盐饮食，并应补钾，因为此类药物有引起水、钠潴留和排钾的作用，如食用盐过多，则可增加水、钠潴留，而产生水肿。大量食用食盐可降低利尿药（氢氯噻嗪、醋氮酰胺、氨苯喋啶、螺内酯、呋塞米等）的利尿效果。因此，在治疗期间应给予低盐饮食。服用降血压药（如利舍平、萝芙木总碱等）时，不宜大量食用含有食盐的饮食，因为食盐可增加血压升高的程度，明显降低降压药的疗效。食盐可加速碘在人体内的排泄，故服用碘制剂的病人应忌盐或食用低盐饮食。

3. 酱对药物治疗的影响

酱是用大豆制做的，大量大豆中含有丰富的钙、镁等金属离子。因此，在服用四环素族抗生素的同时，不宜食用酱，因为四环素族抗生素能与这些金属离子的络合物，不易被胃肠道吸收，可降低其抗菌效果。酱也不宜与异烟肼同服，因异烟肼与钙、镁络合成络合物，不易被胃肠道吸收，使抗结核杆菌的效果降低。酱还含有丰富的酪胺，在大量食用时，不宜服用单胺氧化酶抑制剂（如巴吉林、异卜皮肼、苯二肼等），否则有引起恶心、呕吐、腹痛、腹泻、呼吸困难、头晕、头痛等症状。严重时可引起高血压反应。这是因为在单胺氧化酶被抑制的情况下，酪胺不易被破坏，促使神经末梢释放大量的去甲肾上腺素所致。

4. 醋对药物治疗的影响

食用醋时，不宜服用碳酸氢钠、碳酸钙、氢氧化铝等碱性药物，酸、碱中和，使之失效。醋不宜与乳酶生、胰酶等同服，因这些药物在碱性条件下活性增加，在酸性环境下疗效下降。醋不宜与红霉素糖衣片同服，红霉素糖衣片在 pH7 时最稳定，在碱性环境下抗菌作用增加，pH4 时几乎完全失效。醋会加速红霉素在胃内的破坏，并促使苷键水解而失去抗菌作用。醋不宜与磺胺类药物同服，因为在酸性条件下，溶解度下降，可在尿路中形成磺胺结晶析出，产生尿闭或血尿，故应加用碳酸氢钠，并充分饮水。食用醋时，服用四环素类药物，能

增加胃肠内的吸收，可增加血浆中药物浓度，使四环素的抗菌作用增加。醋与呋喃妥因同服时，因酸化尿液，可增加在肾小管的吸收，提高肾组织内的药物浓度，使杀菌力增加。

不宜用果汁送服药物

在小儿患病时，有些家长用果汁代水给孩子服药，这是不科学的。在各种果汁饮料中，大都含有维生素C和果酸。而酸性物质容易导致各种药物提前分解或溶化，不利于药物在小肠内吸收，影响药效；有的药物在酸性环境中会增加副作用，对人体产生不利因素。

如小儿发热时常用的吲哚美辛、安乃近、复方阿司匹林等解热镇痛药，对胃粘膜有刺激作用，若在酸性环境中则更易对人体构成危害。轻者损伤胃粘膜，刺激胃壁，发生胃部不适等症状；重者可造成胃粘膜出血。又如常用的抗感染药物麦迪霉素、红霉素、氯霉素、黄连素等糖衣片，在酸性环境中会加速糖衣的溶解，一则对胃造成刺激，二则使药物在没有进入小肠就前失去了作用，降低了药物的有效浓度，有的甚至与酸性溶液反应生成有害物质。

因此，给小儿服药不宜用果汁及酸性饮料送服，若要食果汁饮料，也必须在服药后相隔一个半小时以上再饮用。

药物与中毒性肾病

所谓中毒性肾病，就是指药物、化学物质及物理性毒物所引起的一类肾脏疾病的总称。这类疾病有多种表现，病人可出现疲乏、腰痛、水肿、蛋白尿、血尿、尿量减少或增加、尿比重降低、尿钠增多、血尿素氮和肌酐升高等。轻者可发生轻度肾功能不全；重者则可能发展为重度肾功能衰竭和尿毒症，甚至危及生命。

究竟哪些药物或毒物会引起中毒性肾病呢？在引起中毒性肾病的各种物质中，被公认为毒物者，如放射性物质、某些重金属、某些消毒剂、海洛因等，却为少数，大多数则是用来防病治病、救死扶伤的药物。美国曾有过统计，中毒性肾病者中大约有50%左右是氨基糖苷类抗生素，如卡那霉素、庆大霉素、链霉素等所引起。而且注射氨糖苷类抗生素的病人中，约有10%～15%发生了急性肾衰。这一统计

数字曾引起公众的不安。当头孢霉素先锋霉素类药物广泛应用以后,由这类药物如先锋Ⅱ号、先锋Ⅴ号等引起的急性肾功能衰竭也时有发生。

非那西丁被淘汰以后,对乙酰氨基酚、吲哚美辛等消炎解热镇痛药所引起的肾功能衰竭仍屡有发生。其他药物,诸如抗菌性药物中的两性霉素、万古霉素、多粘菌素、利福平、四环素类、青霉素类、环孢素A等;抗肿瘤药中的顺铂、丝裂霉素、甲氨蝶呤、环己亚硝脲、多柔一(阿霉素)、链脲霉素等;以及磺胺、青霉胺、别嘌醇、苯丙胺、三甲双酮、巯甲丙脯氨酸、卤烷、甲氧氟烷、二甲麦角新碱、碘造影剂等药物,均可引起中毒性肾病,只是其发生率、临床症状类型及严重程度各不相同。

既然可引起中毒性肾病的药物如此之多,这些药物又存在毒性,为什么还要继续使用?这是因为上述药物虽有一定的毒副作用,只要合理用药,防止滥用,并根据病人机体情况和药物特点,去"知药善用",扬长避短,则可减少或避免给人体造成损害,起到预期的治疗作用。

药物与性功能障碍

随着医药学的发展,药物品种日益增多,其中许多药品对性功能可产生明显影响,现已受到人们的重视。有这种副作用的药物可归纳为以下几类:

1. 安定镇静药

(1)氯氮䓬和安定　系临床上最常用的安定药,主要有镇静、抗焦虑及肌肉松弛作用。它还可阻断多巴胺受体的作用,亦可减少催乳素抑制激素的分泌,从而提高血中催乳素浓度。较大剂量使用时能引起阳痿及女性月经不调和排卵障碍。

(2)巴比妥类　为常用的镇静安眠药和抗惊厥药。这类药物可抑制中枢神经系统、末梢神经以及骨骼肌和平滑肌的兴奋性,并可抑制雄激素对大脑性分辨能力的作用。大剂量时能抑制垂体促性腺激素的释放,同时刺激肝脏产生睾酮和雌二醇代谢酶,使其在血循环中含量发生变化。长期使用或滥用这类药物,妇女可产生月经失调、男子出现性欲减退、阳痿或性高潮反应丧失。

2. 抗高血压药

(1)2－甲基多巴　据报道，使用2－甲基多巴，每日剂量若小于1.0克，有10%～15%的男性可出现性欲减退或阳痿，10%～15%的女性也可发生性欲减退或性兴奋损害；若每日剂量为2克或超过2克，则50%的病人可出现显著性的性功能紊乱。其原因可能是由于中枢神经系统中儿茶酚胺的耗竭以及生成一种伪神经递质所致，后者对控制勃起和阴道血管充血的末梢神经有直接作用。

(2)胍乙啶　系一种抗肾上腺素药，可以阻滞交感神经末梢释放去甲肾上腺素，对性功能的影响是引起男性射精抑制。当每日剂量在25毫克以上时，约50%～60%的男性病人出现射精延迟或不能射精，少数病人可发生勃起困难。

(3)肼屈哒嗪　能直接松弛小动脉平滑肌而起降压作用，一般不引起性功能损害，但当每日剂量超过200毫克时，约5%～10%的男性有性欲减退，或伴有阳痿。这种性欲减退，可能与用药后引起维生素B_6缺乏有关。

(4)利舍平　可使组织中的儿茶酚胺耗竭而产生显著的镇静作用，从而间接地降低性欲。利舍平可以对抗脑内多巴胺而抑制性腺功能，导致妇女闭经。

(5)哌唑嗪　能通过扩张末梢血管而降低血压，服用后约10%～15%的男性和女性可发生性欲障碍，但很少发生阳痿。

(6)可乐定　其主要作用是通过中枢作用而降低末梢交感神经功能。服用此药，10%～20%的男性可产生阳痿或性欲减退。

(7)普拳洛尔　据最近报道，普拳洛尔可诱发阳痿。

3. 强心、利尿药

(1)螺内酯　系醛固酮拮抗药，近年发现有抗雄激素作用。它可抑制细胞色素P－450酶，抑制雄激素的生物合成，也可通过占据靶组织的胞液和胞核受体的结合位点，来抑制雄激素的作用，使男性性欲减退。

(2)呋塞米　临床上长期应用呋塞米后，可使5%的男性发生阳痿。其原因是该药诱发低血钾症而产生性功能障碍。试验性补钾后，可迅速改善性功能。

(3)洋地黄　具有安体舒通的类似结构，长期使用可出现性功能低下，连续应用可使血浆雌二醇增加，睾酮下降。也有人认为与洋地

黄配糖基具有微弱的雌激素活性有关。

4. 抗精神病药

(1)氯丙嗪　可导致男性阳痿、射精困难、睾丸萎缩及男性乳房症,女性可出现月经异常、闭经等症状。主要是由于此药可作用于下丘脑,使血循环中的催乳素增加,并抑制促性腺激素的分泌和作用。

(2)甲硫哒嗪　使用甲硫哒嗪治疗的病人,约有30%可出现射精障碍,表现为精液量不足、精子数不足、阳痿和逆向射精等。

(3)氯丙咪嗪　该药治疗过程中,20%男性和14%女性病人可出现性欲丧失和性感缺乏。小剂量可延迟射精,较大剂量可致不能射精。

(4)氟哌啶醇　系一种非吩噻嗪类药物,能阻滞中枢神经系统的多巴胺,引起催乳素增加。服用此药的男性,10%～20%发生阳痿,女性病人发生月经不调。

5. 激素类药物

(1)肾上腺皮质激素　肾上腺皮质激素的滥用可引起性功能改变和雄激素反应。如月经不调甚至闭经、性欲减退等,发生率为2%。可能是垂体促性腺激素的分泌受到抑制所致。

(2)雄激素　给予外源性雄激素,可抑制男性的下丘脑—垂体—睾丸轴,长期应用中等量或大剂量的雄激素,可引起睾丸萎缩、精子生成显著减少。

(3)雌激素　雌激素用于女性时,一般对性欲无直接影响。用于男性,可迅速使性欲减退或消失,并导致阳痿。这可能系睾酮生成受抑制所致。此外,还可引起射精功能障碍,使精液量显著减少。

6. 抗肿瘤药

(1)秋水仙碱　据报道,有的男性病人服秋水仙碱0.6毫克,每天2次,连续3年后,可发生精液中无精子现象。停药3个月后,精子数上升至2100万/毫升,8个月后上升至6100万/毫升。

(2)环磷酰胺　可使男性发生精子缺乏症。较低剂量时可致睾丸生精功能障碍。女性可发生月经周期紊乱和停经。环磷酰胺引起不育的可逆性与剂量有关,剂量越大,生育功能恢复的希望越少。男子进入青春期,对该药特别敏感,而青春期前后的男子睾丸,则表现较强的耐受性。

(3)苯丁酸氮芥　据报道,总量达400毫克时,可引起男性进行

性精子减少，400～1300 毫克时可导致完全无精。睾丸活检显示生精细胞发育不全。

(4)甲氨蝶呤　曾有报道，1 例 26 岁男病人，用甲氨蝶呤的累计剂量达 880 毫克时，出现严重的无精症。停药后 4 个月内生精功能恢复，并且异常精子消失。

(5)联合化疗　近年来，对某些恶性肿瘤病人采取了联合化疗的治疗方案，如采用 MOPP(氮芥＋长春新碱＋甲基苄肼＋泼尼松)方案治疗男性淋巴瘤，可有 80％的病人出现精子生成严重减少，多伴有睾丸萎缩和血清卵泡刺激素水平升高。女性有 50％可发生闭经。化疗所致的主要病理变化是睾丸曲细精管上皮细胞退化，卵巢纤维化和卵泡破坏。

7. 抗胆碱能药

阿托品、东莨菪碱、山莨菪碱以及普鲁苯辛主要用于胃肠道疾病。由于这些药物可抑制乙酰胆碱，而乙酰胆碱又可抑制催乳素的分泌，故血循环中催乳素浓度升高，从而阻断黄体生成素的周期性释放，造成妇女闭经、月经过少或无排卵性不孕症。在男性则常引起阳痿。

8. 抗菌药物

(1)柳氮磺胺嘧啶　据报道，服用该药治疗肠道感染的男性病人，其精子异常者多达 80％，主要表现为精子密度减少，活动力降低及非典型形态的精子增多。停用后，生育恢复需几个月。

(2)乙硫异烟胺　主要用于抗结核治疗，在男性可引起阳痿，女性可引起月经不调及闭经等。

9. 抗炎药

抗炎药物的作用机制是通过抑制前列腺素合成酶而减少前列腺素的合成，从而达到临床治疗目的，但也可引起性功能障碍。如吲哚美辛抑制排卵是由于阻碍 PGF 的作用。非那西丁、保泰松大量长期应用出现的睾丸萎缩、精子形成抑制，也与前列腺素抑制有关。

10. 消化道用药

(1)西咪替丁　系 H_2 受体拮抗药，主要用于治疗十二指肠溃疡、急性胃肠道出血。该药有抗雄激素作用，动物实验可致睾丸、前列腺和精囊萎缩。临床可见男性乳房发育及女性溢乳症，血清中催乳素增高、性功能减退、阳痿等。曾有报道，每天口服 1200 毫克，9 周后精

子数减少43%。西咪替丁主要作用于垂体前叶的多巴胺受体，亦可能与引起丘脑下部－垂体－性腺功能紊乱有关。

(2)止呕灵　止呕灵主要作用于丘脑下部，具有止吐作用，临床上偶见有性欲下降、月经失调副作用。

可致癌的药物

药物治病人人皆知，而药物致癌，不一定人人都清楚。其实，药物致癌早已存在，只是以前人们知之甚少，没有像今天这样逐渐被人们所认识罢了。

药物致癌可分一般药物致癌和抗癌药物致癌两大类。一般药物致癌是指我们常用的一些药物除能治疗某些疾病以外，还可使病人得癌症。通过观察和试验，最近美国技术评价局将18种药物列为可疑致癌药物，根据它们的致癌程度分为三类。

1. 对人体有致癌性，但未得出最后结论或是有争论的药物有：氯霉素(可引起白血病)，右旋糖酐铁(引起注射部位软组织肉瘤)，苯妥英纳(引起淋巴瘤)，苯巴比妥(引起脑肿瘤、肝癌)，苯丙胺(引起淋巴癌)、利舍平(引起乳房癌)，黄体酮(引起宫颈癌)，保泰松(引起白血病)，粗焦油软膏(引起皮肤癌)，安妥明(引起胃肠道和呼吸道恶性肿瘤)。

2. 对人体还不能证明有致癌性，但可疑有致癌作用的药物有异烟肼、甲硝唑、5－氟脲嘧啶、甲氨蝶呤。

3. 现在还在进行动物试验，未在人体中评价的可疑致癌药物有：氨苯砜、灰黄霉素、吩噻嗪、土霉素、氯奎。

抗癌药物本来是治癌的，但近年来发现，有一些抗癌药物既可治癌也会致癌，这就是所谓的抗癌物质的“双重性”。抗癌药物的致癌作用首先是由临床上发现的。临床上观察到有些肿瘤病人如急性白血病、慢性白血病、多发性骨髓瘤、何杰金氏病、淋巴肉瘤、肺癌、乳腺癌、胰腺癌在药物治疗后反而发生新的恶性肿瘤。这些新的肿瘤以白血病为最多，其次为淋巴系统恶性肿瘤，此外也有膀胱癌、肉瘤、乳腺癌、宫颈癌、肾癌、前列腺癌、肺癌等，其原因是抗肿瘤药物均能抑制体液和细胞免疫，而免疫监护作用障碍，特别是细胞免疫的抑制有助于肿瘤的生长和播散，对新变异的细胞(即癌细胞)不能清除，从而

促进新的肿瘤。动物实验已证实，有致癌作用的抗癌药物有：氮芥、环磷酰胺、马利兰、瘤可宁等等。而长期使用环磷酰胺的肿瘤病人易患膀胱癌也已是事实。

能引起猝死的药物

近年来，人们发现有些药物使用不当时，可导致病人突然死亡，医学上把这种情况称作"药物性猝死"。

现已知道，能够引起猝死的药物很多，主要有氯丙嗪类、奎尼丁、异丙肾上腺素、氯喹、青霉素等。

氯丙嗪类药物包括氯丙嗪、奋乃静、氟奋静癸酸酯等，均为强安定药物。据国内报道，由氯丙嗪引起的猝死者已有18例。这类药物引起猝死的原因大致有以下几种：(1)用量过大或配伍不当。有的老年人使用本类药物剂量过大时，可因过度镇静及深度昏迷而直接导致猝死；若将本类药物与抗震颤麻痹药物及阿托品类联合使用时，可因药物的协同作用发生麻痹性肠梗阻而间接引起病人猝死(此种情况多见于有便秘倾向的老年病人)。(2)窒息性猝死。有慢性精神分裂症及有癫痫病史者在服用本类药物时，可使咽喉肌肉共济失调，吞咽困难，以致食物阻塞呼吸道而引起窒息性猝死。(3)低血压性猝死。氯丙嗪有时能引起严重的体位性低血压(即直立性虚脱)，使病人突然丧失意识，发生不可逆性休克而猝死。(4)血管阻塞性猝死。有的人使用本类药物时，可产生血栓或栓塞性疾患，其中肺栓塞极易导致猝死。

异丙肾上腺素气雾剂(喘息定)常用于治疗哮喘等症，因其能使动脉血氧张力下降或引起心动过速，故反复长期使用本品时，可招致病人猝然而死。据报道，在1959～1966年间，英国哮喘猝死率急剧增高。分析原因时发现与服用含有异丙肾上腺素的药剂有关。后来用此药喷雾者减少，猝死率也随之降到以前的水平。

奎尼丁是一种抗心律失常药物。心房颤动病人用本品治疗时，可诱发心房内血栓脱落，造成脑血管及冠状动脉栓塞而猝死。

氯喹是治疗疟疾的有效药物之一。过去一般认为本品比较安全，实际上其安全范围比较狭窄。现已发现即使治疗剂量也可引起心脏停搏而发生突然死亡。

青霉素引起的猝死较为常见，而且多与过敏反应有关，如有的人在做皮内试验时即猝然而死等等。

综上所述，由药物引起的猝死尽管为数不多，但对某些病人的性命威胁极大，应当引起人们的高度重视。对于能够引起猝死的药物，今后应严格掌握适应证，做到合理使用，切不可盲目滥用。有脑病史及心脏、肝脏、肾脏功能不全者，营养不良和年老体弱者，过去有低血压或对某些药物有严重不良反应者，更应提高警惕，谨慎使用上述药物，以免造成不幸。

中成药不可滥用

中成药的使用，在我国已有几千年历史，由于其疗效确切，使用方便，深得广大患者欢迎。但是，现在有不少人受“中成药无副作用，比西药安全，有病治病，无病健身”这种错误观点的影响，不适当地应用和滥用中成药，以致达不到应有的疗效，不仅造成中成药大量浪费，而且严重影响了中成药的声誉。因此有必要强调中成药的合理使用。

1. 必须对症用药：中成药是根据各种病症研制的，各有其适应症，必须根据病人的症状适当选用，才能有的放矢。例如用于治疗感冒的中成药种类很多，但有的用于风热感冒，有的则用于风寒感冒。若相反使用，不仅不能治病，而且会加重病情。

还有些人往往只看药名，不了解药的功效就盲目用药。如有些年轻的妈妈见药房有“肥儿丸”出售，就到医院要求开方购买，以为这是儿童的滋补强壮剂。殊不知“肥儿丸”只是治疗肠道寄生虫的成药。也有人将治疗关节酸痛及腰酸膝软的“人参再造丸”、“补肾强身片”等作为滋补强身药服用，就是因为只看到药名上有“人参”、“补肾”的字样。诸如此类，不胜枚举。

2. 掌握正确的服药时间：正确的服药时间是药效正常发挥的重要保证。中成药用于治疗不同的疾病，有着不同的服药时间，只有适时服药才能发挥最大疗效。反之，则会削弱甚至消除其应有的效果。如胃痛宁、胃乐是专治胃酸过多性胃痛的中成药，该药只有在每次饭前服用，才能中和胃酸起到缓解止痛的效果。若是饭后服药，就会起不到应有的治疗作用。一般来说，多数中成药宜在饭前一小时服用，

对肠胃有刺激的药物宜在饭后服，可借助食物减少它对肠胃的刺激。滋补药，尤其是膏滋类，空腹时服用有利于消化吸收。杀寄生虫药，亦宜空腹服，有利于杀灭寄生虫。抗疟药，则应在发作前2小时服。安神药宜在睡前服。用于治疗慢性病的丸、酒剂等，则应每日定时服用，

3. 当心中成药的副反应：一般人以为中成药无副作用，其实中成药服用剂量过大，服用时间过长，也会出现严重的毒副反应。

据报道，有一男孩因患感冒，发热咽痛。其父治病心切，将“喉症丸”1瓶(30粒)令孩子口中含化(正常剂量成人为5—10粒)，次日孩子就出现全身发痒、口唇肿胀麻木、口腔糜烂等中毒症状。其他，如治疗哮喘的“黑锡丹”，含有青铅，服用剂量过大，就会引起铅中毒。云南白药的每次用量为0.2—0.3克，若一次量超过0.5克，往往会出现恶心呕吐、面色苍白、四肢厥冷等不良反应，严重者还会导致急性肾功能衰竭。常用的“杏仁止咳糖浆”，杏仁中所含的微量氢氰酸是化痰止咳的有效成分之一，过多服用也会发生氢氰酸中毒事故。

近几年，服用中成药引起的毒副反应有大量报道，证明“中成药无副作用”的说法是不正确的，因此在治病服药时须谨慎，不可滥用。

4. 注意服药禁忌：所谓服药禁忌，即服用中成药的特别注意事项，是人们在长期临床应用中总结出来的经验教训。它主要包括两方面内容：一是有些药并非人人可用，二是忌口。

中成药有不同的剂型，应根据病人具体情况选用。如不善饮酒和阴虚火旺之人就不可服用酒剂；胃功能差的人，膏滋类成药油腻碍胃，非其所宜。对于妊娠妇女，禁用的药物则更多，一般来说，凡是滑利、泻下、通经去瘀、行气破滞、活血疗伤，以及毒性较大的有碍胎气的中成药均属禁用或慎用范围，如常见的治疗跌打损伤的跌打丸、七厘散、麝香虎骨膏，解暑辟秽的行军散、痧气蟾酥丸等，因其芳香走窜力强，孕妇服后易引起流产。有些毒性大的药物，会造成畸胎和死胎。

忌口是服用中成药一个特点。服药期间一般忌生冷、油腻、腥臭及难消化的食物。

不要滥用胖大海

胖大海性味甘寒，功效为开肺气、清肺热、润肠通便、利咽解毒等，尤适于“开音治喑”。临床上常用来治疗发音突然嘶哑伴有咳嗽、口渴、咽痛或高声呼叫而致的声音嘶哑等症。因而有些人把胖大海当作治疗音哑的特效药，甚至把胖大海作为保健饮料长期泡服。这样做往往适得其反，引起诸多不良反应，造成中焦脾胃虚寒、大便溏泄、饮食减少、脘腹痞闷不适，甚至出现消瘦等副作用。

导致音哑的原因很多，从中医辩证角度来看，音哑有风寒、风热、肺肾阴虚、气滞血瘀之分，而胖大海主要适用于风热邪毒引起的咽喉音哑，所以不能一有音哑便用胖大海。特别是肺有风寒或痰饮的人，以及老年人突然失音者，更应当慎用。

配方缺味不能随意替代

在一些中药店中，有的司药员随意将砂仁用草蔻仁替之，川贝母用大贝母替代，这种以此代彼的现象屡见不鲜。

中医处方是视不同的病情需要，按“君、臣、佐、使”组合原则，并根据药物性味、配伍禁忌，在辩证施治的基础上选择合适的药物而组合成方的，方中每一味药都起着特殊的治疗作用。所以方药一经改动替代，效果就有所不同。

因此，司药人员在配方时来不得半点马虎，如遇缺味，应及时与医师联系，由医师酌情增减，切忌随意改动。

使用单方要慎重

某风湿性关节炎病人，因多服了含有马钱子的单方，几乎丧命，经抢救后，才幸免一死；一青年被狗咬伤，为预防狂犬病求得一单方，一次口服斑蝥 20 只，造成严重中毒，经洗胃及医院大力抢救，方才脱险。这都是病人迷信单方造成的恶果。

土单验方是祖国医学宝库的重要组成部分，用之得当，确能治愈一些疑难病症，若应用不当，后果严重，故在应用时请注意以下几点：

1. 诊断要明确，做到方药对症。有些单方是用来以毒攻毒，如方不对症，即有“差之毫厘，谬之千里”之险。

2. 单方要有出处，有验证，不能道听途说，盲目使用。有些祖传秘方，在某地长期使用，确有疗效。但也有一些单方既无出处，又未验证，甚至在证治、药味、药量、用法上以讹传讹。如果盲目使用，轻则服后无效，重则危及生命。

3. 注意是否炮制。中药需经炮制方可达到增强疗效和降低毒副作用的目的。不按要求炮制，往往毒性较大或疗效较差。

4. 应严格掌握用量。特别是剧毒药味，需参照《药典》的规定使用，不得擅自加大用量。

5. 注意使用方法。以斑蝥为例，古方书确有治疯狗咬伤的记载，如《医方大成论》曾记载用“斑蝥二十一枚，糯米一勺，分三次炒，去斑蝥，以米为粉，空腹冷水调服。”而不是口服斑蝥。

6. 药材要地道，必须是真品。

7. 要在有经验的医师指导下使用。

服中药应择时

药物是否有效，除是否对症之外，还得讲究服药的时间。不同的药物，因其本身特点要求在某一特定时间服食，才能发挥最佳作用。如果服药时间选择不当，就算药物对症，也会减效。

1. 清晨宜服补阳药(指补肾阳药)，行水利湿药，催吐药。

2. 午前宜服发汗解表药及益气升阳药。古代医家认为：“午前为阳之分，当发汗；午后阴之分，不当发汗。”不但汗药如此，亦有医家认为大凡走表透邪之药，均宜午前服用。古医书对医治脾虚气陷诸疾，所配制的补中益气汤、参术调中汤等8首益气升阳方，都强调了午前服药。并谓之所以午前服用，乃“使人阳气易达故也。”

3. 午后或入夜宜服泻下药。历代医家对泻下药的服用时间大致有3种意见：一是午后进药；二是日晡(下午3～5时)时进药；三是入夜服之。3种意见，虽有差别，但是有一点可以肯定，即不宜在午前服用。

4. 入夜宜服滋阴养血药。古人用六味地黄丸养阴，有一显著特点，强调入夜时进药。以当归六黄汤医治阴虚盗汗，亦主张入夜时服

之。

5. 夜卧宜服安神药。这一用法，最早见于宋代。如对辰砂还志丸或珍珠母丸，提倡夜卧时姜汤送下，以起到镇心安神之功效。其后，不少医家把它作为临证用药的惯例。

对上述5种服药时间的选择也可归纳为：

1. 凡是升提外透的药物，宜于午前用；

2. 凡是温阳补气的药物，宜于清晨至午前服用；滋养阴血的药物，宜于入夜服用。

3. 凡是祛除阳分气分之邪的药物，宜于清晨服用；清泄阴分伏火的药物，宜于入夜服之。

服中药之所以讲究择时是为了取得最佳疗效，这样可以顺应人体有节律的生理变化，能充分利用体内积极的抗病因素而增强药力。择时服药还可减少药物的不良影响，因为如果服药时间不当，扰乱了人体生理节律，就可以产生或加大药物的不良作用。择时服药也可诱导紊乱的人体节律恢复正常以达到治病目的。故此，择时服药不应忽视。

服壮阳药要慎重

入冬后，一些妇女和体弱多病者，总想服用一些壮阳药来御寒。有些人服后取得一定效果，有些人服后非但疾病未除，反使病情加重。这是为什么呢？

壮阳药多具有类性激素作用。它的功效可概括为壮肾阳、益精髓、强筋骨、兴奋性功能。主要适用于阳痿、早泄、性欲减退、小便清长、形寒肢冷、白带清稀如水或宫寒不孕等肾阳虚病人。入冬进补鹿茸、冬虫夏草、红参、狗肉、羊肉、参鹿补膏、金匮肾气丸、右归丸、十全大补膏等，都能起到补阳御寒作用。例如鹿茸能提高机体的工作能力，减轻疲劳、改善睡眠，促进食欲，改善阳虚状态时能量代谢低的病理变化，增进年老体弱者病后康复。动物实验证明，中等剂量的鹿茸，能使离体心脏的活动明显增强，心缩幅度增大，心率加快，使每搏输出量和每分钟输出量均增加，对消除心脏疲劳有明显作用。鉴于补阳药能御寒、增强机体免疫和加快新陈代谢，阳虚者可适当服用。

如果乱服补阳药，一次剂量过大或长时间服用，均可致中毒，表

现为鼻出血、牙龈出血、烦躁不安、头痛、大便干结、小便黄等。如果是阴虚体质，表现为口干唇燥、大便干结、五心烦热、盗汗、性欲亢奋者，服用补阳药岂不助火劫阴。所以，服补药也要讲辩证，最好是在医师指导下选用。

中药汤剂不宜过夜服用

有些人煎煮中药，喜欢把药液分成几次吃，当天服不完，就留到次日服，从医疗卫生角度来看，这样做是不好的。

中药里含有淀粉、糖类、蛋白质、维生素、挥发油、氨基酸和各种酶、微量元素等多种成分，煎煮时这些成分大部分溶解在汤药汁里。一般服法是趁温热时先服一半，4~6小时后再服一半。如果过夜服用或存放过久，不但药效降低，而且会因空气、温度、时间和细菌污染等因素的影响，使药液中的酶分解减效，细菌繁殖滋生，淀粉、糖类营养等成分发酵水解，以致药液发馊变质，服用后对人体健康不利。

冬令进补须四忌

冬令进补，是我国民间的传统习惯。补益药具有多方面的药理功效、能提高机体的免疫功能，促进抗体的生成和延长抗体存在的时间；能调节内分泌系统和改善骨髓的造血功能；能促使失调的功能状态趋于平衡，增强机体对各种病理刺激的适应能力，减缓脏腑功能的衰退，从而发挥抗病和延年益寿之功效。但补药并不是万能之品，使用也有一定的原则：虚者补之，对症用药。只有这样，才能收到预期的效果。若服用不当，可造成恶果。因此，当你考虑进补时，先了解一下进补的“四忌”，实属必要。

1. 忌无虚滥补。中医进补的原则是虚者补之。无虚滥用补药，会导致阴阳失调，使脏腑正常的生理功能受到扰乱。所以，进补之前，必须明辨虚实，以免遭受无虚滥补之殃。

2. 忌虚不受补。所谓虚不受补是指虚弱病人服了补药后，病痛不减，反而加重或出现了口干、舌焦、烦躁、夜不能寝，虚火上窜、消化不良、腹胀等一系列不良反应。出现这种情况的原因有两种，一是由于有些脾胃虚弱的病人，平时消化、吸收功能已不健全，而许多补药，

特别是补血和补阴药（如驴皮胶、熟地等），质地多较滋腻，不易被吸收，容易阻滞胃肠功能而出现脘腹胀满，食少纳呆等症状。再就是一些阴虚病人（如患了肺结核、肝炎等疾病之后），由于体内阴液素来不足，而许多补药，尤其是补气和补阳的药物（如人参、鹿茸等），多能使人体功能亢盛，更使原有的阴虚症状，如口干、烦躁、失眠、小便黄赤、大便秘结、鼻出血等加重。因此，进补时，应先辨明虚证的不同类型，再分别选用有益气、助阳、滋阴、养血的不同补药。如阴虚病人不能盲目地用温热补品，而应滋阴养阴为主。唯其如此，才能补而有益。同时，必须注意保护脾胃，防止发生虚不受补。

3. 忌闭门留寇。疾病的发生，是外邪侵入和正气不足所致。病邪犹如寇匪，常趁虚侵入人体，故有“邪之所凑，其气必虚”的说法。当病邪侵入人体时若先进行补虚，虚虽补了，却等于是关了门，将病邪留在体内就很难驱逐。中医认为，应当是先将病邪祛除，再考虑进补。若先行补虚而忽视了祛邪，往往会造成病邪迁延不愈，因许多补药具有抗利尿、止泻、止汗等收敛作用，服后不利于病邪从大小便或汗孔排出。因此邪盛体虚时治疗首当祛邪，不可贸然进补；若必须进补，也应攻补同用，免犯闭门留寇之戒。

4. 忌守药待康。一个人患了病后，要想尽快恢复健康，光靠服用补品补药，纯属消极手段。身体虚弱，有因先天不足，有因后天失养，而且以后天失养为多，如饮食失调、情志不遂、房劳过度等。因此，体虚者除进补之外，加强体育锻炼，注意饮食卫生，保持良好的卫生习惯和精神状态，都十分重要。古人说：“善服药者，不若善保养者”，“药补不如食补”，这些养生之道是极有道理的。

慎吃牛鞭膏

牛鞭膏是用雄牛的外生殖器制成，有温补肾阳的功效。男青年如果遗精过频、过多，会有头昏眼花、腰酸乏力、记忆力减退、大便溏薄等症状；如果手淫频繁，或婚后房事过度，也会有神疲乏力、畏寒怕冷、面色㿠白、腰膝酸软、健忘或大便溏薄等肾阳虚症状。凡有肾阳虚症状者用牛鞭膏进补，可以温补肾阳，减轻症状。

有些男青年虽有阳痿、早泄、遗精过频症状，但同时也伴有口干、咽燥、大便秘结、阳易举、性冲动频繁等症状。这种情况下就不应服

用牛鞭膏。一旦误服，反会出现遗精加重，甚至烦躁、鼻出血等副作用。凡无肾阳虚、畏寒症状的男青年，切勿服用牛鞭膏。

为何“少不服参”

有位年轻家长买回12克人参，分两次煎汤喂出生仅6个月的小儿。没多久，孩子出现人参中毒症状，表现为烦躁不安、间歇性哭闹，随即呼吸急促、唇面发绀、眼球上视、痉挛抽搐等，终因救治无效而丧生。

人参中含有达玛烷二醇糖甙和三醇糖甙等成分，连续大剂量服用容易使人出现兴奋、激动、失眠、食欲不振、神经衰弱等症状。小儿如果服用过量，可引起大脑皮层和神经中枢麻痹、使心脏收缩减弱、血压下降、血糖降低，从而危及生命。

除此之外，小儿服用人参既会削弱机体免疫力，又极易促使性早熟。因此，“少不服参”的说法，是有其道理的。

但“少不服参”也不是绝对的。中医认为，小儿龟背、鸡胸、五迟（立迟、行迟、发迟、齿迟、语迟）、五软（头软、颈软、手脚软、肌肉软、口软）这些小儿虚弱病症，是可以使用人参进行治疗的，如龟背使用的补中益气汤；五软使用的扶元散；尿床使用的桑螵蛸散；小儿疳积使用的参苓白术散、肥儿丸等方剂中，均有人参入药。

“少不服参”是告诫人们，切莫给健康儿童服用人参。

服中药讲究“忌口”

俗话说：“吃药不忌口，坏了大夫手”。忌口即指治病服药时的饮食禁忌。忌口是中医治病的一个特点，历来医家对此十分重视，其有关内容也广泛存在于《内经》、《伤寒论》、《金匮要略》等医籍中。实践证明，忌口是有一定道理的。因为我们平时食用的鱼、肉、鸡、蛋、蔬菜、瓜果、酱、醋、茶、酒等普通食物，它们本身也都具有各自的性能，对疾病的发生、发展和药物的治疗作用，均产生一定影响。如清代章杏云所著《调疾饮食辨》一书中云：“病人饮食，藉以滋养胃气，宣行药力，故饮食得宜足为药饵之助，失宜则反与药饵为仇。”所以，病人服中药时有些食物应忌服。

如服用清内热的中药时，不宜食用葱、蒜、胡椒、羊肉、狗肉等热性的食物；在服温中类药治疗“寒症”时，应禁食生冷食物。

在古代文献中亦有大量记载：甘草、黄连、桔梗、乌梅忌猪肉；薄荷忌鳖肉；茯苓忌醋；鳖鱼忌苋菜；鸡肉忌黄鳝；蜂蜜反生葱；天门冬忌鲤鱼；荆芥忌鱼、蟹、河豚、驴肉；白术忌大蒜、桃、李等。这说明服用某些药物时，不可吃某些食物。如果吃了禁忌的食物，疗效就不满意或起相反作用。另外，由于疾病的关系，在服药期间，凡属生冷、油腻、腥臭等不易消化或有特殊刺激性的食物，都应忌口。例如，伤风感冒或小儿出疹未透时，不宜食用生冷、酸涩、油腻的食物；治疗因气滞而引起的胸闷、腹胀时，不宜食用豆类和白薯，因为这些食物容易引起胀气。其他，诸如水肿病人少食食盐；哮喘、过敏性皮炎病人，少吃“发食”如鸡、羊、猪头肉、鱼、虾、蟹等。

“忌口”也不能绝对化，要因人、因病而异。对一般病人，特别是慢性病人来说，若长时间“忌口”，禁食的种类又多，则不能保持人体正常所需营养的摄入，反而降低了人体的抵抗力，对恢复健康不利，因此，在医师指导下，可适当食用增加营养的食物，以免营养缺乏。

中药也有副作用

中药大部分是天然药物，有效成分比较复杂，如生物碱、皂素、鞣酸质、挥发油等。既然是药，其多数则会有不同程度的副作用。一般地讲，中药的副作用比人工合成的西药要小些，但也有些药物毒性较大，如红砒石、白砒石、水银、斑蝥、青娘虫、红娘虫、生藤黄等。毒性稍轻些的有：白附子、生附子、生川乌、生草乌、生半夏、马钱子、巴豆、生天南星、生甘遂、闹羊花、天仙子、蟾酥、土木鳖、吕宋果、云轴子、枫茄子、枫茄花、生硫磺、巴豆霜、白降丹、罂粟壳等。当使用这些药物时，必须慎重，如枫茄花浸酒，口服可治疗风湿性关节炎，剂量过大，常会引起中毒死亡。因此，有毒性的中草药必须在医师指导下服用。

那么，平时在中药方剂中常用半夏、天南星、附子、川乌、草乌等，为什么不发生中毒呢？一方面是由于对这些药物进行了炮制，如生半夏口服会引起呕吐、唇舌发麻、声音嘶哑等副作用，而生半夏用姜汁、明矾、盐等炮制后，其毒性大为降低。另一方面，还要掌握正确的使用方法，如水银用做主药治疗皮肤癌、宫颈癌时，只能限于外用，严

禁内服，不然会发生汞中毒。

有些中草药虽然毒性轻微，若使用剂量过大，则会产生严重毒副作用。如木通有通乳作用，若用其大剂量(50克)与猪蹄同煮，服后会发生肾功能损害。又如白果，因其含有微量氢氰酸，在过量情况下，就会出现发热、呕吐、腹泻、惊厥、抽搐、肢体强直、皮肤青紫、瞳孔散大、脉弱而乱，甚至昏迷不醒等中毒现象。

当需要用一些有毒性的中草药时，首先应慎重，要严密观察，并注意剂量是否恰当，前者时间应稍长些。其次可与一些药物配伍，以减少毒性。如用于肝硬化腹水的十枣丸，就是配伍大枣来缓和甘遂、大戟、芫花这些有强烈泻下作用的中草药，起到减少毒性的作用。对一些有毒性的中草药，常配伍甘草来缓和毒性。现已证明，甘草中所含甘草甜素在药理上确有解毒作用，证实了《本草纲目》上记载甘草“解百药毒”的正确结论。

健康人不宜进补

有人认为体弱多病的人吃了补药能补养身体，就是健康人吃点补药补身体会更加健康，其实不然。因为正常人体的阴阳总是处于平衡状态，没有任何偏盛或偏衰的现象。阴阳中若有一方偏衰，就会造成虚弱症。这时应该用补虚药的偏胜之性，补其不足，使阴阳归于平衡，虚弱症即可祛除。健康人没有阴阳偏衰的现象，若服用补药其结果必然导致阴阳某一方面的亢盛，而可能发生疾病。如有的人认为鹿茸是一味名贵的补药，健康人擅自服用后往往导致烦躁、情绪容易激动、夜寐失眠，甚至口干舌燥、鼻腔出血等症，这是因为鹿茸是温补肾阳之药，如肾阳不虚，服药后必然助阳上亢，而出现上述症状。又如有的人认为熟地可以补血滋阴，于是就长期大量服用，结果常引起腹胀腹泻、食欲减退等症。这是由于熟地性质滋腻，影响脾胃消化功能的结果。还有人认为党参、黄芪能补身体，就长期服用参芪膏，结果引起腹胀、食欲不佳、四肢乏力等症。这是因为服药的人并不气虚，服用参、芪反而壅滞气机。

从以上所述可以看出，补药虽能补益人体，但不是人人都可服用。如果身体不虚，乱服补药必然会导致人体阴阳的失调而产生疾病。因此，健康人不宜乱服补药。

妇女用药禁忌

哪些药物对胎儿有致畸作用

国外有人统计，近年来妇女在妊娠期内，平均每人用过八种药物(其中经医师处方的只占20%)。由于用药增多，导致畸胎有所增加。为了减少畸胎，孕妇应尽可能少用或不用药物，特别是不要任意服用对胎儿有致畸作用的药物。这些药物从致胎儿畸型的程度来分，有以下两大类：

一是肯定致畸的药物：如沙利度胺(反应停)；抗肿瘤药如甲氨蝶呤、环磷酰胺、白消安(马利兰)；放射性同位素如^{131}碘、^{32}磷等可致唇裂、腭裂、无眼症、无耳症、无肢症、肢体骨骼发育畸型、食管闭锁、胆道闭锁、肛门闭锁、心脏及大血管畸形、元肾症等。性激素类如女性激素可引起男胎女性化；男性激素可致女胎男性化，阴蒂肥大，阴唇融合粘连等。

二是可能致畸的药物，这类药物有的可在动物实验中致畸，有的可在某些人群中致畸，其致畸作用不太肯定，但也应尽量少用。如内分泌药物肾上腺皮质激素，可能引起腭裂，抗糖尿病药物如甲苯磺丁脲D_{860}、氯磺丙脲，可能引起畸胎，动物实验可致眼畸型；解热止痛药如水杨酸钠、非那西丁可能引起骨骼或血管畸形；抗菌药如四环素可能因骨骼发育障碍，形成短肢畸型；利福平、链霉素、磺胺类、磺胺增效剂，动物实验可致畸形；又如抗癫痫药苯妥英钠可能引起唇裂、腭裂；抗凝血药如双香豆素、华法林可能引起骨骼畸形等。另外，碘化物、甲巯咪唑(他巴唑)、硫氧嘧啶可引起甲状腺肿大，甲状腺功能减退；维生素K可引起高胆红素血症，可能引起核黄疸。

孕妇不可过多服用V_A

维生素A和大家熟悉的胡萝卜素一样属于脂溶性维生素，在胡萝卜、甘薯及黄玉米中的含量较多，乳及乳制品、动物肝、肾及蛋中亦

含较丰富的维生素A,在深绿色蔬菜、倭瓜、花茎甘蓝、杏、南瓜及蕃茄中也含有。因此,临床上维生素A缺乏症并不多见。但由于维生素A具有多种生理功能,对视力、生长、上皮组织及骨的发育、精子的生成和胎儿的发育都是必需的,而且孕妇的维生素A需要量较非孕妇增加25%,妊娠早期母血中维生素A浓度下降,晚期上升,临产时降低,产后又重新上升,所以适当补充维生素A在孕妇是必要的。但也不能用量过大,因为维生素A及胡萝卜素都能够顺利地通过胎盘屏障,大量应用维生素A不仅对母体不利,也会影响到胎儿的生长发育。成人中毒剂量是一次服用150万国际单位。维生素A急性中毒症状包括倦睡、头痛、呕吐、视乳头水肿等,婴幼儿则有前囟膨出。慢性维生素A过多表现为皮肤干燥、粗糙、脱发、唇干裂、皮肤瘙痒;其他表现有口舌疼痛、杵状指、骨质肥厚、眼球震颤、指甲易碎、高钙血症、肝脾肿大、颅内压升高或低热等。

孕妇在妊娠早期大量使用维生素A对胎儿也有影响。动物实验证明,在怀孕5~20天之间过量使用维生素A,胚胎也就按照无脑、眼缺陷、腭裂、脊柱裂、肢体缺陷的顺序依次出现畸形。孕妇大量服用可致胎儿泌尿道畸形。

孕妇切莫多服V_{B_6}

很多刚刚怀孕的少妇食欲减退,并感到轻度恶心,想呕吐,这种情况在医学上称为妊娠反应或妊娠呕吐。一些生过孩子的妇女可能知道,这时并不需要去医院,严重时才去医院开点镇静药、止吐药,常用的止吐药也是维生素B_6。于是孕妇们便放心大胆地服用维生素B_6,以减轻妊娠反应,有时还要多服几片,甚至长期服用,唯恐妊娠反应严重,影响自身和胎儿的健康。

殊不知,过量服用维生素B_6或服用时间过长,也会造成严重后果。这种后果主要表现在胎儿身上。由于长期过多服用维生素B_6,致使胎儿对它产生了依赖性,医学上称之为维生素B_6依赖症。

出现这种依赖维生素B_6的原因,主要是由于维生素B_6与氨基酸的吸收、蛋白质的合成,以及神经、脂肪的代谢有密切关系,是细胞生长发育所必需的物质。但因其在食物中广泛存在,生理需要量很少,故缺乏症在成人中很少发生。而小儿一日有1~2毫克即够,若

母体过多使用维生素 B_6，胎儿就容易产生对维生素的依赖。表现在小儿出生后，维生素 B_6 的来源不像在母体里那样充分，结果出现一系列异常表现。常见的异常表现有容易兴奋、哭闹不安，容易受惊，眼球震颤，反复惊厥，有的小儿在出生后几小时或几天内就出现惊厥。这种现象的发生，是由于小儿离开母体后缺乏维生素 B_6，而导致体内中枢神经系统的抑制性物质含量降低的缘故。有这种毛病的小儿，在1～6个月龄时还会出现体重不增。如果诊治不及时，将会留有智力低下的后遗症。

所以，孕妇不应过多过久地服用维生素 B_6。需要服用时，一定要有医师的指导，适量服用，这样既对你自身有益，对胎儿也有利。

哺乳期妇女禁用或慎用的药物

婴儿每天要吸食约500～700毫升的乳汁，因此，乳母用药需了解哪些药物易进入乳汁，尽可能避免某些药物的毒副作用通过乳汁影响婴儿的健康成长。

乳母用药首先要注意慎用抗生素类药物和磺胺类药物。大多数抗生素在乳汁中排泄量不大，但却能不同程度地引起婴儿的不良反应。如乳母口服常规剂量的四环素，乳汁中的浓度约为血清浓度的70%，可引起乳儿牙齿黄染，影响骨骼发育。常规剂量的氯霉素，乳汁中的浓度约为血液中的50%，可影响乳儿的造血系统功能。乳母内服红霉素时，特别是通过静脉滴注时，它在乳汁中的浓度比在血液中的浓度高4～5倍，可严重损害婴儿的肝功能。乳母肌注常规剂量卡那霉素时，可导致婴儿卡那霉素中毒，发生耳鸣、听力减退及蛋白尿等。乳母内服磺胺类药物也要注意，特别是初产妇，在服用磺胺异偒唑后两周内哺乳时，可使婴儿发生新生儿黄疸。为此，乳母患感染性疾病使用上述抗生素和磺胺类药物治疗期间，应暂停哺乳，暂以牛乳代哺。

其次，乳母应尽可能避免使用各种中枢抑制药，如苯妥英钠、苯巴比妥、安地西泮、甲氨丙酯（安宁）、氯氮䓬宁等，这类药物进入乳汁，常可引起婴幼儿嗜睡、体重下降，甚至虚脱。还应特别指出，6个月内新生儿对吗啡类镇痛剂最为敏感，可引起乳儿呼吸抑制等严重反应，哺乳期妇女应该禁用。

另外，碘化物或放射性碘剂、硫脲嘧啶、香豆素类药物、麦角制剂以及甲苯磺丁脲（甲糖宁）、阿托品等，都可不同程度地进入乳汁，乳母应慎用或禁用。

乳母不可代替小儿服药

有的母亲听说人体用药后，部分药物可随奶汁分泌排出，于是当婴儿有病时，自己就代替婴儿服药。这样做是无益有害的。因为药物虽然能在奶汁中分泌排出，但大多数药物在奶汁中含量极微，可是婴儿吸吮含药的奶汁后，在血液中却不能达到有效浓度，反而会使病菌演变成抗药菌株产生抗药性或产生不良后果，如：乳母服用溴剂后，可引起婴儿皮疹和倦睡；用碘剂可影响婴儿甲状腺的发育和功能。更严重的是乳母服用维生素 B_1，体内会因糖代谢不全而产生过多的丙酮酸，母乳中的丙酮酸可使婴儿中毒，甚至突然死亡。此外，许多药物在奶汁中的浓度远比血液有效浓度低，婴儿通过母乳摄取这些药物，产生不了治疗作用。所以，乳母不宜代替婴儿吃药。

哪些妇女不宜服用口服避孕药

口服避孕药品种繁多，常用的是雌激素与孕激素的复合制剂。这些药物的主要作用是抑制排卵，或改变宫颈粘稠度，或影响子宫内膜正常发育及孕卵运行速度，以达到避孕的目的。这些药物避孕效果好，副作用轻，但对某些病人来说长期服用可能出现较严重的副反应，或加重病情。以下 10 类情况的妇女应禁用或慎用口服避孕药。

1. 心、肝、胆及肾脏病病人；
2. 高血压、高胆固醇血症病人；
3. 癫痫、精神病病人；
4. 怀疑乳腺、生殖器官、肝脾有癌症者；
5. 糖尿病病人，或有糖尿病家族史者；
6. 有不规则阴道出血，或手术后不满 1 个月者；
7. 腿及脑部有血管阻塞者、偏头痛或血管病头痛者；
8. 怀疑已受孕，或以前怀孕时患过黄疸病者；
9. 生育后小孩不满 1 周岁的妇女；

10. 下肢短缺或肢体有严重伤残者。

另外，年龄大于35周岁以及吸烟、饮酒的女性，也应慎用口服避孕药。

服用避孕药应注意营养

口服避孕药是目前极为重要的避孕措施之一。但是，服用避孕药的妇女在营养方面应该注意些什么呢？

目前已知口服避孕药对维生素 B_6 的代谢有影响。服用避孕药的妇女，血中维生素 B_6 的水平下降，易发生 B_6 缺乏症。由于维生素 B_6 与色氨酸代谢有关，而后者又与脑的功能有关，所以维生素 B_6 的缺乏是服用避孕药时精神抑郁的重要原因之一。

服用避孕药的妇女应注意预防维生素 B_6 的缺乏，多摄入一些富含维生素 B_6 的食物，如谷类食品、蔬菜及肉、蛋、乳类等。如果已经发生 B_6 缺乏症时，则需口服维生素 B_6（每日25mg左右），才能得到纠正。

服用避孕药对维生素 B_{12} 也有影响，可使其在血中浓度下降，维生素 B_{12} 是造血过程中必需的物质，它的缺乏会影响造血功能。因此，服用避孕药的妇女平时应注意摄入富含维生素 B_{12} 的食品如动物内脏、贝壳类、奶粉、鱼、蟹和蛋黄等。如果已经发生缺乏，则应肌注维生素 B_{12} 予以纠正。

服用避孕药的妇女血中叶酸水平常常减低。由于叶酸在血液红细胞的生成中有重要作用，所以有少数服用避孕药的妇女偶可发生因缺乏叶酸而引起的贫血，富含叶酸的食物很多，如肝、肉和蛋类，各种绿叶蔬菜、豆类和水果等，多吃这些食物则可预防叶酸缺乏。

服用避孕药还可使血中维生素C的含量下降。有人发现，服用避孕药者血栓性疾病发生率上升，这是由于维生素C下降血小板易于凝集而发生血栓，所以，服用避孕药的妇女应多食水果和蔬菜，必要时口服少量维生素C片，以防止维生素C的缺乏。

由于避孕药中所含雌激素可使体内脂肪代谢发生改变，导致血清甘油三酯和脂蛋白明显增加。因此，应尽量少食高脂肪食物。

切勿服用过期避孕药

医学专家对2250名长期服用70年代生产的高雌性激素避孕药的妇女进行调查后发现，在乳腺癌和较陈旧的口服避孕药之间存在着明显的联系。研究表明，年龄在45周岁以下的妇女，如果在第一次怀孕之前就已服用较陈旧的避孕药长达4年或更长时间，那么该妇女患乳腺癌的可能性是患其他癌症的2～3倍。口服避孕药中的雌激素会使患乳腺癌的可能性增大，其潜伏期约为10～20年，因此，陈旧的避孕药不能服用。

妇女如何使用高锰酸钾

高锰酸钾（俗称灰锰氧）外观呈黑紫色固体小颗粒，易溶于水，水溶液为玫瑰红色。它是一种强氧化剂，可以杀灭细菌，为家庭必备的常用消毒药。在妇科方面，0.01%的高锰酸钾水溶液可以用于阴道冲洗；0.02%的水溶液用于坐浴，治疗白带过多；蜜月之中，用0.05%的水溶液清洗外阴，可预防泌尿系统感染。女性痔疮的发生率较高，用0.1%的水溶液坐盆浸泡，可止痒止痛、防止感染，促进脱出的痔核复位。

有些妇女以为高锰酸钾消毒杀菌作用强，就经常用来清洗外阴。其实，这样做对健康反而不利。正常情况下，妇女阴道内生存着大量对人有益的阴道杆菌，能将阴道内表皮细胞中贮存的糖原分解成乳酸，以保持阴道内的酸度，形成一道能够防止致病菌在阴道内繁殖的天然屏障。如果经常使用高锰酸钾冲洗阴道，会使大量的阴道杆菌被杀死。随之乳酸生成减少，阴道内的酸性环境也就被破坏，各种致病菌就会乘虚而入，在阴道内大量繁殖，引起多种妇科疾患。尤其是妇女绝经以后，由于卵巢功能减退，阴道粘膜变薄，阴道杆菌已相对减少，滥用高锰酸钾更容易诱发老年性阴道炎。

使用高锰酸钾水溶液坐浴治疗阴道炎也应按不同情况分别对待。对于由葡萄球菌、链球菌、大肠杆菌和变形肝菌等细菌感染引起的阴道炎和滴虫性阴道炎，都可以用高锰酸钾水溶液坐浴作为辅助治疗。因为这些病原微生物不适宜在酸性环境中生长，容易被高锰

酸钾杀灭。而霉菌性阴道炎主要是由念珠菌引起,这种霉菌平时可在阴道中寄生。在机体抵抗力降低或长期大量应用广谱抗生素等药物时,念珠菌会因菌群紊乱而迅速繁殖,从而导致阴道炎的发生。如此类阴道炎用高锰酸钾治疗,非但不能抑制霉菌繁殖,有时甚至会加重病情。对霉菌性阴道炎,可用碱性溶液加2～4%碳酸氢钠冲洗外阴及阴道作为辅助治疗,以造成不利于念珠菌生存的碱性环境。

由此可见,妇女使用高锰酸钾应当慎重,最好在医师指导下使用,不要一发现外阴或阴道发炎,就马上用高锰酸钾水溶液坐浴,而是应当确诊属于哪种类型的阴道炎。此外,也不要长期使用高锰酸钾,以免阴道里的菌群紊乱。使用高锰酸钾还应注意,由于高锰酸钾放出氧的速度慢,浸泡时间一定要达到5分钟才能杀死细菌。配制水溶液要用凉开水,热水会使其分解失效。配制好的水溶液通常只能保存两小时左右,当溶液变成褐紫色时则失去消毒作用。故最好能随用随配。

不要滥用酸碱液冲洗阴道

有些报刊在宣传生育知识时,提到阴道的pH值对XX精子和XY精子的活动有影响,因而可用不同pH值的溶液灌洗阴道,作为控制胎儿性别的一项辅助措施。有人误认为这是一种可靠的方法,盲目地乱用各种酸碱溶液冲洗阴道,其实,这样做是很有害的。

首先,它没有科学根据。有一种假说,认为运动员的后代女孩可能多于男孩(此说系一些人的观察,并非经过统计得出的结论),由于运动员体液pH值低,因而得出体液酸碱度可能对胎儿性别有影响的结论。此系根据一些观察而提出的假说,不仅缺乏统计学的依据,更没有进行过实验验证。有人根据上述假说进一步联想阴道环境会影响胎儿性别,这种联想则没有任何科学上的根据。更重要的是它会危害妇女健康。酸碱度因为溶液的不符合要求,会使阴道受腐蚀而损伤;或因阴道内的pH值的平衡受到破坏,使病菌在阴道内繁殖,导致生殖系统受感染而发炎。另外,也有可能因消毒、操作等方面的原因,引起局部损伤或感染。所以千万不要滥用酸碱溶液冲洗阴道。

不要滥用性激素

性激素是指与性功能有关的激素，主要有雌激素、孕激素、雄激素。它们的制剂有多种。雌激素制剂有：己烯雌酚（乙烯酚）、苯甲酸雌二醇、炔雌醇等。孕激素的制剂有：黄体酮、安宫黄体酮等。雄激素的制剂有：丙酸睾酮、甲睾酮等。此外还有三合激素，即雌、孕、雄三种激素的合剂。

有些人喜欢使用性激素来治月经不调，她们认为这挺简单，看看药盒上的说明书就能用药。结果常使病情加重或引起许多副作用。

月经与子宫、卵巢、脑垂体、下丘脑、大脑等各部位的健康情况以及彼此间的相互联系状况有关。此外，其他器官的疾病，如甲状腺、肾上腺或其他慢性病以及病人的精神状况、环境因素等都可以影响月经。因此，哪些病人该用性激素治疗，哪些不该，也不那么简单，用不好还会带来严重的副作用。比如雌激素在排卵前应用可推迟排卵或不排卵，停药后会造成子宫的大出血，实验证明，对已经患有癌症的病人还有促进癌症发展的作用。又如雄激素——睾酮，长时期应用可使妇女发生男性化现象，女人长出了胡子，说话声音低哑等。特别是对性激素使用方法、适应症掌握不好时，或者用药不按规程，常可造成月经紊乱、大出血和其他合并症。这样讲，并不是不能使用性激素，而是强调不要轻易滥用，以免造成不必要的痛苦与恶果。只有在医师指导下，应用这些激素才能发挥药物的有效作用。

儿童用药禁忌

儿童用药“四忌”

儿童处在生长发育时期，神经系统、内分泌系统及许多脏器发育尚不完善，肝、肾的解毒和排毒功能以及血脑屏障的作用也都不健全。所以，用药一定要在医师的指导下进行，特别是要注意下面“四忌”：

一忌滥用维生素。不要以为孩子吃了维生素有益无害。其实吃多了并不好,如维生素A、维生素D,吃多了会出现厌食、发热、烦躁、哭闹、肝肿大及肾脏损害;维生素C用处虽多,但大量服用也会引起腹痛、腹泻等症状,以及出现药物中毒。

二忌滥用抗生素。不要孩子一生病,就不管什么原因便使用氯霉素、链霉素。如果长期使用链霉素、新霉素、庆大霉素、卡那霉素等抗生素,会对听神经造成影响,引起眩晕、耳鸣,甚至耳聋。使用氯霉素可能引起再生障碍性贫血。8岁以内的孩子,特别是新生儿,服用四环素、土霉素容易引起牙齿变黄,并使牙釉质发育不良,所以小儿不用四环素、土霉素。

三忌滥用解热止痛药。儿童发热的原因很复杂,也许是普通感冒、扁桃体发炎,也可能是麻疹、肺炎、脑膜炎等严重疾病。在没有查出病因前,滥用解热止痛药,会掩盖病情,妨碍正确诊断,耽误治疗。特别是幼儿高热时,如果使用解热止痛药不当,还会引起出汗增多、体温突然下降而发生虚脱。

四忌滥用丙种球蛋白。有人把丙种球蛋白当成补药,其实丙种球蛋白主要用途是预防麻疹、甲型肝炎、腮腺炎和脊髓灰质炎。对其他传染病的防治效果不可靠。由于丙种球蛋白是用人血或胎盘血制成,滥用可能出现荨麻疹等副作用。所以不能把它当成补药滥用。

小儿用药应注意哪些问题

儿童生了病,特别是婴幼儿,不会说话,要靠父母的观察和医师的检查诊断。看病、用药都比成人困难。因此,儿童用药应特别加以注意。

儿童发育期间,新陈代谢旺盛,血液循环时间短,吸收、排泄都比较快。由于一些器官和组织发育还不成熟,抵抗力弱,容易生病,对药物反应敏感,用药不当容易产生不良反应。因此,对于新生婴儿,应注意护理,避免生病,尽量少用药。特别是解热镇痛药和抗生素类药,除非万不得已,不可采用,即使应用,剂量切忌不可过大,而且用药时间不宜过长。有些药物,儿童服药后有了反应,而且明显可见,父母应当记住,再病时告诉医师,避免再用。严禁给婴儿服小儿退热片、APC片,因这类药能引起一些不良反应,如新生儿青紫症、贫血、

以及肚脐出血、吐血、便血等。四环素不但可引起腹痛、恶心、呕吐，而且，8岁以内的孩子，特别是新生儿即使短期内服四环素类药物，都容易引起黄斑牙；氯霉素可抑制骨髓的造血功能，可使服用的病儿发生再生障碍性贫血和粒细胞缺乏症；新霉素可引起新生儿高胆红素血症和耳聋等。因此，切不可一遇发热就用抗生素。

不少医师主张，在小儿有发热、炎症时采用中药制剂，因为消热解毒药，有很好的效果，可以选用一些中药冲剂和糖浆服用。

6个月以内的婴儿不宜服APC

APC即复方阿司匹林，内含阿司匹林、非那西丁和咖啡因，它是常用的解热镇痛药。有时小儿高热，为了使孩子的体温尽快地降下来，因此APC是有效的，但对6个月以内的婴儿最好不用APC。

这是因为，APC的解热作用主要是影响散热过程。它使末梢血管扩张，发汗而达到散热，降低体温的作用。那样，因大量出汗，有效循环减少，容易引起虚脱。另外，APC类药物在血中可与胆红素结合，有引起新生儿黄疸的可能性。婴儿对药物比较敏感，剂量也不易掌握，一旦过量就可能发生问题。所以，婴儿发高烧时，最主要的是要及早作出准确的诊断。如要降温，尽量采取物理降温法为主，不能见热就退，更不能轻易使用APC类解热镇痛药，尤其是在6个月以内的小婴儿。

不要捏鼻子给小儿灌药

孩子生了病，就应吃药。给孩子吃药可不是一件容易事儿。因为孩子不懂事，不肯吃，害怕吃药。于是一些作父母的，就捏着孩子的鼻子，迫使孩子张口，按着胳膊，硬往嘴里灌，弄得孩子大哭大叫。

这种捏着鼻子硬灌的服药方法很不好，一是好不容易灌下去，又会在哭叫声中吐出来，孩子受罪，大人着急；二是灌不好还会出危险甚至造成死亡事故。因为人的咽部下端有两条通道，一条通胃肠的叫食管，一条是通往肺部的叫气管。在气管上面开头处，有一块会厌软骨，当进食吞咽时，会厌软骨便会关闭，防止食物进入气管。如果在孩子哭闹时去灌药会厌软骨运动失调，药物就易进入气管，轻则咳

呛或引起支气管、肺部的炎症，重则阻塞呼吸造成窒息死亡。因此，为了孩子的安全，千万不可捏着孩子的鼻子灌药。对婴儿服药，不要直接服药丸或药片，应研成粉末，加水和糖调成稀汁，哄着孩子服下。

服小儿麻痹糖丸后不能立即喂奶

小儿麻痹糖丸是一种口服的减毒活疫苗，它能在肠道细胞内繁殖，并刺激肠壁中的淋巴细胞、浆细胞，使其产生抗小儿麻痹症病毒的抗体，这种免疫功能的建立，就可预防小儿麻痹症。

小儿麻痹症是由滤过性病毒引起的，病毒株主要有3种类型，故小儿麻痹糖丸也有3种类型，分别以红、黄、绿色代表Ⅰ、Ⅱ、Ⅲ型。它们之间没有交叉保护作用。

小儿麻痹糖丸的有效能力与温度有关。测定表明，－20℃时的有效期可达2年，20～22℃时只有几天。所以给乳儿服小儿麻痹糖丸后，不能立即喂母乳。因为母乳刚从母体分泌出的温度一般是37℃，容易使服下的活疫苗的病毒致死，而且也不利于胃肠粘膜的充分吸收，同时母乳中含有抗小儿麻痹抗体，能中和糖丸中的小儿麻痹病毒，使之达不到应有的免疫效果。所以乳儿应在空腹时服小儿麻痹糖丸，而且要经过1.5～2小时后才可喂奶。儿童服糖丸疫苗时，同样也禁用热开水送服。

小儿用麻醉药对智力发育有何影响

有些家长担心，孩子用了麻醉药会变笨、变傻，影响学习和发育，这种担心是没有必要的。

小儿麻醉最基本的概念是：睡眠＋止痛＝麻醉。睡眠对小儿手术非常重要，因为小儿很难忍受手术时固定体位而造成的不适感，因此需要给予足量的药物安眠。常用的硫喷妥钠、地西泮等药在临床上应用已久，证明均无太大副作用，而且能自然醒来。小儿常用的止痛药有局麻药、中枢镇痛药及吸入性麻药。腰麻、硬脊膜外麻醉以及局麻都用局麻药，是将药液注射在神经干周围、脊髓或神经末梢，使疼痛感觉不能传到大脑而止痛。这些药的作用部位都不在大脑，所以不会影响智力。中枢镇痛药、吸入性麻醉药是经注射或由肺呼吸

进入血液而起作用。如氯胺酮、派替啶、乙醚、甲氧氟烷等药，对脑的作用是一过性的，即达到一定的血液浓度时产生止痛作用，但通过代谢及转化，血液内浓度逐渐降低，药物被排净时患儿就清醒了。吸入性麻醉药只要减少供给，药物很快就从呼出的气中排掉，患儿也就由麻醉变浅而醒。小儿在麻醉清醒过程中有精神恍惚、嗜睡现象，但呼之能应则是正常现象。

有人说："有的孩子就是因为手术麻醉而变傻的"，这种说法是片面的。人脑细胞活动和氧气的多少密切相关，它对缺氧的耐受性很差，一般中断脑供氧5～8分钟，就会造成难以挽回的损害。在麻醉或手术过程中，往往由于病人呕吐、舌后坠堵塞呼吸道、喉痉挛发生窒息等情况，会促使发生脑缺氧。术中心跳骤停、大出血、中毒性休克也会发生脑缺氧，若不及时抢救，就会引起不良后果。因此不能简单地认为是使用麻药引起的。应特别指出的是，手术时小儿很难与医师合作，即便较简单的手术，也需要全身麻醉，或用基础麻醉使患儿熟睡，再辅以其他麻醉药进行。如果是饱食后的患儿，容易因呕吐误吸而发生呼吸道堵塞，继而引起脑缺氧，因此患儿术前4～6小时要绝对停食禁水。

麻醉药作为一种药物也不是没有副作用，这需要医师认真选择适应症，掌握好药物剂量，做到扬长避短，安全使用。

学龄前儿童不宜服用四环素、土霉素

四环素和土霉素是抗生素类药，能治疗由许多种细菌引起的疾病，所以应用广泛。但学龄前儿童过多应用会使白牙"镶上"灰黄色"外衣"，这是由于四环素或土霉素进入人体后，可与血液中的磷酸钙结合，沉积到正在生长的骨骼和牙齿中，使牙齿黄染。虽然也可随年龄的增长，颜色逐渐变浅，但不易完全消退。4～6月龄的小儿在出乳牙前，5～6岁儿童在出恒牙前，服用四环素、土霉素的危害更大。即使短期用药，也很容易引起乳牙出现荧光变色和牙釉质发育不全，易造成龋齿。黄板牙不仅影响美观，而且影响发育。四环素、土霉素沉积在骨骼里，还可使骨骼生长缓慢。妊娠晚期的孕妇口服四环素，也会在胎儿牙组织内沉积，影响胎儿乳牙和恒牙的发育。因此妊娠末2～3个月的孕妇应忌服四环素类抗生素。多西环素（强力霉素）比其

他四环素类与钙结合得少些，不常引起牙的改变，如果儿童必须给予四环素时，可用强力霉素代替。

儿童常服鱼肝油不好

鱼肝油中的主要成分是维生素A和D，它们是人体生长发育必需的物质。普通鱼肝油丸，每丸内含维生素A3000国际单位，维生素D300国际单位；浓缩鱼肝油丸，每丸内含维生素A10000国际单位，维生素D1000国际单位。因此，鱼肝油兼有维生素A和D的作用。有些人把鱼肝油当成滋补品给小孩长期大量服用，这种做法是错误的。因为鱼肝油是用来防治佝偻病，并以维生素D的含量来计算鱼肝油服用量的，如果忽视其中维生素A的含量，容易造成维生素A中毒。

如果儿童长期大剂量服用鱼肝油丸，每日服用量超过5万国际单位，连用数周即可发生中毒；中毒表现是恶心、呕吐、食欲不振、全身无力、低热、头痛、皮疹、皮肤干燥，毛发干枯等。中毒多发于6个月至3岁儿童。发现这种情况，应立即停服鱼肝油，中毒症状可逐渐消失。因此，如果需要补充维生素D，可服纯维生素D制剂。

不宜大量服用“肥儿灵”、“稚儿灵”

现在医药市场上大量出现许多对婴幼儿有较高营养价值的滋补药，象肥儿灵、稚儿灵等就属于这类药物。这些营养补药里含有大量的维生素、脂肪、蛋白质及糖类，具有较高的营养价值，特别是对身体虚弱的孩子，适当服用可起到给孩子提供必需的营养的作用，从而保证小儿的正常生长发育。但对这类滋补营养药也不能滥用，许多做父母的一心想使孩子长得好一些，不管是什么营养补药都给孩子吃，而且几种营养补药一起服用，殊不知这样做是非常有害的。大量长期应用这些营养补药可使儿童出现食欲下降、消化不良、腹泻、腹胀等症状。尤其是患了感冒及消化道疾病的小儿，应立即停服，否则会加重病情，拖延病程。

莫给健康小孩滥用滋补药

中国花粉、人参蜂王浆、参茸口服液等多种多样的滋补药品的大量生产和投放市场，无疑对于病后的康复、抗衰老药的研制、老年保健等有着不可估量的作用。但毋庸讳言的是，近年来由于滥用“老少皆宜”的滋补药品，已经对人们的健康带来了损害，尤其是对儿童的危害甚深。

诚然，这些滋补药品属中药制剂，营养丰富，含有多种氨基酸及人体必须的微量元素。但这类滋补药品大部分均有激素样作用。经实验证明，鹿茸、花粉、蜂王浆等均能兴奋垂体－肾上腺皮质系统。有促性腺样作用，能促进男女性腺功能，对代谢有影响。目前，许多家庭给独生子女服用上述滋补药，结果引起儿童的发育异常和过分肥胖，甚至出现性早熟等难以逆转的病变。

为此，奉劝疼爱孩子的家长们，不要给健康儿童进食滋补药。为了孩子的健康成长，应当注意饮食结构的多样化，让孩子适当进行轻体力劳动和体育健美锻炼，以增强体质，健康成长。

儿童不宜常服驱虫药

肠道寄生虫病(如蛔虫、蛲虫等)，几乎有95%的儿童都有不同程度感染。因此，对儿童来说，定时化验大便，弄清体内有无寄生虫，有哪种寄生虫，很有必要。有的家长，一发现孩子面黄肌瘦、食欲不振，未经检查便认为有虫，盲目服驱虫药后不见虫体排出，又再服，以致影响了孩子的健康。

驱虫药有很多种，有的对多种寄生虫有效，有的仅对一种寄生虫有效。常用的驱虫药有派嗪(驱蛔灵)、噻嘧啶(抗虫灵)、左旋咪唑、甲苯咪唑、苦楝皮、乌梅、使君子等，这些药都有一定毒性和副作用，如驱蛔灵虽然毒性低，但常服或过量都可引起头晕、头痛、呕吐及肝功损害，苦楝皮苦寒败胃，过量还可引起中毒死亡。因此，任何一种驱虫药，都不宜经常服，肝肾功能不好、脾胃虚致发生吸奶时被呛得“哇哇”大哭的情况，经常使年轻的父母为此而惊慌失措，忙点上几滴治鼻阻塞的药——萘甲唑啉(鼻眼净)，殊不知，这样处理会引起婴儿

中毒。

萘甲唑啉，分浓(0.1%)淡(0.05%)两种，为肾上腺素药物。它有强烈的血管收缩作用，可使局部血管收缩而通气舒适，常用于急、慢性鼻炎。由于婴儿对药物的耐受力低，加上鼻腔粘膜吸收药物迅速而完全，因此，婴儿滴用萘甲唑啉容易中毒，表现为：面色苍白、嗜睡、呕吐，甚至昏迷等。

婴儿鼻塞，如无其他全身症状，应首先用棉签清除鼻内的异物，如仍不通，再滴少许薄荷油，也可用0.5%的麻黄碱滴鼻液少许，还可以用热毛巾敷鼻部及前额，切莫用萘甲唑啉。

老年人用药禁忌

老年人用药注意事项

老年人身患疾病较多，服药相应也多。但用药恰到好处，才能祛病益寿，否则，会给身体带来损害。根据老年人的特点，用药时应注意以下几个方面：

1. 合理使用药物：不要认为药物越贵越好，要针对病情，合理选药。有些老人遇到许多与疾病无关的问题，常可引起情绪紧张或愁闷，对此不需用药医治。即使患了必须用药物治疗的疾病，有些能口服的，就不必通过注射给药。用药要注意合理恰当。

老年疾病有其固有的特点，如情绪改变、食欲减退、失眠、头晕、气喘、心慌、乏力、便秘、尿频症状等，治疗要从精神和药物两个方面同时着手。用药也要因人而异，一般说来，体质单薄、瘦弱、贫血、气虚的老人，切忌大寒、大凉、发散、峻泻之药。体质肥胖，壮实或高血压、高血脂、高胆固醇的老人，应慎用大温、大热、升提滋补之药。

2. 用药的剂量：由于老年人肝肾功能减退，对药物代谢能力下降，肾脏的排泄也较慢，所以，老年人用药剂量比青壮年应有所减少，用药种类也不宜过多。由于在同一时间内用药种类多，发生副作用的机会也就多，由此可能产生一些不良的反应。因此，老年人，特别是患慢性器质性疾病的老人，用药时不能随心所欲。否则，顾此失

彼，危害极大。

老年人用药量，一般规定为：60～80岁为成人量的4/5；80岁以上为成人量的1/2。

3. 给药的方法：老年人患慢性病，一般不主张用静脉点滴和肌肉注射方法给药。但如患急性病、急性感染伴有高热等，则需要静脉途径给药。这是因为，老年人的肌肉对药物的吸收能力较差，注射后疼痛较著或易形成硬结，因此，应尽量减少注射给药。

4. 注意用药后产生的副作用：老年人对从未用过的药要特别注意。如果出现副作用，应及时停药。已引起过副作用，特别是引起过敏反应的药物，决不能再使用。此外还应避免长期用药，以免产生蓄积中毒，老年人患慢性病，一般宜采用临时或短期用药。

5. 不要滥用补药：俗话说："药补不如食补"。衰老，是生命过程中的自然规律，衰老的迟早与遗传及环境因素有关，至于用药物滋补身体，以求长生不老，是不实际的做法。同时乱吃补药，还会带来不少危害，例如，长期大量服用营养补益药，会诱发体内多处骨质增生。

当然，作为治疗的辅助措施，适当用一些补剂也是可以的，但必须按医嘱服用。

哪些药物老年人应慎用

1. 肾上腺素、胰岛素、麻黄碱、阿托品、颠茄。老年人对这些药物比较敏感，使用时应酌情减量。

2. 洋地黄类药物。由于老年人对药物的排泄慢，易造成药物在体内的蓄积中毒，洋地黄类药物，老年人的用量应为青壮年剂量的1/4。

3. 保泰松、吲哚美辛、阿司匹林。老年人易患慢性腰背及四肢关节疼痛，长期服用此类药物时，保泰松可引起浮肿和再生障碍性贫血。吲哚美辛可引起眩晕、精神障碍、胃肠出血、胃溃疡等。阿司匹林等解热止痛药可使老人大量出汗而虚脱。以上药物老人应避免使用或少用。

4. 苯巴比妥、甲喹酮、甲丙氨酯。失眠是老年人常见的症状，偶尔服一些安眠药是可以的，如果长期服用就会形成依赖性，用量必须逐渐增加才能有效。久服停药后，会出现头晕、恶心、肌肉跳动或失

眠加重。这些药都有毒性，会给心、肝、肾带来损害。

5. 酚酞、大黄。老年人便秘多因身体过胖、腹部肌肉无力、肠蠕动减弱所致，属于功能性便秘。长期服用导泻药不仅能引起结肠痉挛，还可造成体内钙和维生素的缺乏，因此要慎用。实在需要导泻时，使用开塞露比较安全。

6. 青霉素、链霉素、卡那霉素、庆大霉素、氯霉素、合霉素。抗生素对治疗细菌感染性疾病虽有显著疗效，但抗生素也有许多副作用。如青霉素容易引起过敏反应，轻者出现全身皮疹，重者可因过敏性休克导致死亡，因此在使用前必须做皮试。链霉素、卡那霉素、庆大霉素都是"耳毒性抗生素"，可以损害第八对脑神经，使人听力减退、耳鸣和眩晕。氯霉素、合霉素可引起再生障碍性贫血。这些药物对老年人来说，使用必须慎重。

老年人不可依赖药物

人到老年，身体各系统（如脑、心、肝、肾、肺等）的功能都有不同程度衰退，因此，老年人对药物的耐受、解毒、排泄和抵抗药物副作用的能力大大降低，易在体内积蓄中毒。所以，老年人除必需用药物治疗的疾病外，一般的医疗保健、长寿，应当尽量利用其他疗法，如饮食疗法、体育疗法、针灸、按摩、推拿、理疗等，以免除药物对机体的危害。

在需要药物治疗时，对有毒性或副作用强的药物，除非万不得已，应尽量少用，或改用其他较为安全的药物。比如老年人易患慢性腰、腿、肩、背和四肢关节疼痛，就应当避免服用保泰松及吲哚美辛。就是用一般的解热止痛药，也应注意减量，防止大量出汗而虚脱。

老年人易患便秘和失眠。失眠是因老年人本来睡眠时间减少，加上其他种种原因所致。因此，这种毛病决不可依赖于药物，而应当采取别的办法。再如便秘，可以采取饮食疗法，早起空腹喝半碗淡盐开水，或冲点蜂蜜水喝，多吃蔬菜瓜果和植物油，生活规律，注意多活动，养成定时大便习惯，基本上可以解除，偶尔急需时，可选用"开塞露"，尽量不用泻药；失眠也是这样，实在必要时服一次安眠药可以，一般可以通过练气功，注意生活规律，睡前静息排除杂念，就会安然入睡。

服用滋补药延缓衰老是可能的，长生不老是不可能的。长寿主要是靠适当的锻炼、饮食营养、生活规律、心胸豁达、精神愉快来实现的。俗话说“多服人参、鹿茸，不如多吃蔬菜瓜果”。这是有道理的。唐朝末年名医陈曾直曾说：“老年人皆厌于药物而喜于食，病后脾、胃易伤，治疗又慎于吐泻，故尤宜用食以治之。”所以，不论治病，还是养身，用饮食而不依赖药物，是老年人应采取的正确方法。

老年人宜慎服药酒

药酒是我国特有的一个药物品种。药酒，即含有某类药物有效成分的酒。一般分为两类，一类是用于治疗筋骨酸痛的药酒，如大家所熟悉的五加皮酒、禁用豹骨酒、木瓜酒、国公酒、冯了性药酒等；另一类是滋补酒，是用于滋补健身的，如人参酒、蛤蚧酒、三鞭酒、参杞酒、龟龄集酒、首乌酒、五味子酒等。

将药物浸泡于酒中，使药中的有效成分溶于酒中，目的是利用酒的辛温行散之性，以活络通经。因酒本身也是一种药物，有畅通血脉、散淤活血、祛风散寒、消冷积、医胃寒、健脾胃、提精神和引药上行、助药之力等功效。所以，酒和药加在一起，可以增强药力，制成药酒病人服用也方便。

但是，并非任何人都可服用药酒，患肝炎、肝硬化、食管炎、胃炎、胃溃疡、胰腺炎的人，则不宜服用药酒。其他老年人服用药酒时，也应注意选用药酒要对症，用量遵医嘱或按用量说明，不得超过剂量，更不能拿药酒当一般酒饮。有人以为补酒无碍，多喝一点也没关系，这种认识是不对的，因为过量会引起不良反应。所以应当慎用。

老年人进补宜适量

老年人由于各个组织和器官的功能减退，可表现出体力减弱，抗病能力低下，听力、视力减退，发白脱发，健忘失眠，食少畏寒等特有的生理现象；也有许多老年人伴发有不同程度的慢性老年病。因此，对老年人来说，适当服用一些滋补品，确实可以帮助增强体质，延缓衰老和防治疾病。

老年人进补时，应当区分两种情况，一种是身体衰弱、有慢性病

时的进补;一种是无病养身的进补。

因病而补,需根据病情施补。要弄清究竟是气虚、血虚还是阴虚、阳虚。是气虚可选用补气药,如人参、党参、黄芪、山药等;是血虚,则选用补血的当归、阿胶、熟地、首乌、枸杞、龙眼、动物肝等;阴虚,可选用补阴药玉竹、麦冬、冬虫草、女贞子、山萸肉、百合、梨、鸭肉、蜂蜜等;阳虚,多选用补阳药,如鹿茸、紫河车、肉苁蓉、淫羊藿、补骨脂、核桃、狗肉、羊肉等。由此可知,滋补药是各有所用,不能随便乱服。清代名医余听鸿深谙攻补之道,他说:“见病不可乱补,一回误补,十回不复,服药者何不慎乎。”

无病养身的滋补,应根据自身体质、年龄、性别、生活环境、气候等情况,选择合适的滋补品。从时间、气候上来说,一年四季皆可补,但怎样选用合适的滋补品还是有学问的。春天,气候转暖,宜用平补之剂,目的是协助人体正气之生发,可选用红参、别直参、生晒参、太子参、党参等,以补益元气,但用量不宜太大。夏季,气候炎热,宜用清补剂,可选用玉竹、绿豆、百合、莲子等;秋天,风物干燥,宜滋润,以滋养为主,可选用党参、茯苓、生地、天冬、麦冬、沙参、莲藕、香蕉、银耳等;冬天,气候寒冷、人体热量消耗大、宜用温补,可选用人参、西洋参、枸杞子、何首乌、附子、杜仲、肉苁蓉、冬虫草、核桃、龙眼、大枣、银耳、鹿肉、狗肉、羊肉等。

总之,补药毕竟不是食物,不能常吃,就是医食兼用的药用食物,也不是吃多就好,弄不好会“物极必反”。迷信补药,乱用补药,不仅起不到应有的进补效果,反而会招致疾病,不利健康。所以,服补药补品要有的放矢,对症服药,才能补之有效,养之得法。

老年人应用解热镇痛药应注意

常用的解热镇痛药,如水杨酸类,吲哚美辛,保泰松等药能导致胃肠出血。如复方阿司匹林,60 岁以上的老人每次只能服 0.3 克,剂量大了会造成大量出汗,甚至虚脱。总剂量过大还会发生酸中毒。本品对消化道有刺激性,容易引起恶心、呕吐、食欲不振等,严重的甚至会造成消化道出血,故不宜空腹服用。患有胃或十二指肠溃疡病的人应不用或少用。

吲哚美辛除能造成胃溃疡外,长期应用能引起胃肠道出血、精神

障碍、颜面浮肿、眩晕或腹泻。大量用保泰松会发生浮肿，甚至引起再生障碍性贫血。

由此看来，解热镇痛药毒性和副作用都不小，对老年人来说，要特别慎用。在病因未查明之前，切忌滥用，否则治标不治本。用药后，有时虽然暂时把体温降下来，但这种假象反而掩盖了真相，会耽误疾病的正确诊断，造成不堪设想的后果。

老年人应合理使用抗生素

老年人肾功能衰退，对药物的耐受性降低，尤其是一些比较剧烈的药物，极易产生毒副作用和过敏反应。

抗生素，化学合成药等在人体吸收以后，多由肝脏和肾脏解毒、排泄。因此，肝肾功能不全的老人，在用这些药时需慎重，不宜长期或大剂量应用。四环素类抗生素和磺胺类药物长期服用，可以损害肝细胞，并伴有对骨髓、心脏、肾脏及皮肤的损害。链霉素、卡那霉素、庆大霉素使用时间稍长，能引起眩晕、耳鸣、耳聋、平衡失调，对肾脏也有影响。使用氯霉素可能引起再生障碍性贫血。红霉素、呋喃妥因等能在肝胆内郁积，产生中毒和过敏反应。故长期、大剂量使用这些抗生素药物，对老年人是非常不利的。

外伤急症

切割伤

切割伤是由锐器切割所造成的人体损伤，如锋利的刀器、金属片和玻璃碎片等造成的创伤。

切割伤的伤口一般较整齐，可呈直线状，周围组织损伤较轻，伤口可深可浅，一般出血较多。手指和四肢的切割伤容易造成神经、肌腱和大血管的损伤，在出血、疼痛的同时可有相应的功能障碍。如手指的切割伤若伴有神经和肌腱的损伤，可出现手指活动功能障碍和皮肤感觉障碍。

［常见原因］

切割伤常见原因是日常生活和工作中意外伤害和事故。如儿童被铅笔刀割伤手指，成人意外被菜刀割伤手指等等，以手部和四肢的切割伤最为多见。

［家中处理］

对在家中意外造成的切割伤，首先应保持镇静，不要慌张，要仔细观察伤口的数量、部位、形状和大小，是否有异物和脏东西污染，出血的颜色和出血状态，如出血呈喷射状或泉涌样，往往有动脉和大血管的损伤。

对于表浅的、较小的切割伤可以在家中自行处理，具体步骤是：

1. 清洁消毒创口　可将伤口周围清洗干净，挤出污血，并用消毒液将伤口周围消毒，常用的消毒液可选用70%的酒精，或络合碘液，后者对伤口刺激性较小，并可直接擦洗伤口或粘膜创面。

2. 包扎换药　对于少于1cm的非关节周围的伤口，一般无需缝合，可用创可贴或无菌纱布包扎，注意防水，保持清洁，每日更换包扎一次，直至伤口愈合。

3. 抗生素和破伤风抗毒血清的应用　若切口较深并有严重的污染，应口服抗生素2～3天，并立即去医院就诊，讲明受伤情况，在医生指导下注射破伤风抗毒血清(TAT)，以预防破伤风的发生。

对于较大较深的切割伤口，或在四肢关节周围和颜面部的创口，以及怀疑有神经、肌腱和大血管损伤的切割伤，均应立即前往医院急诊做相应的清创缝合治疗。在去医院之前或途中，可抓紧时间做初步的紧急处理：

(1)清除伤口内较大异物，如碎金属片或碎玻璃片，以免这些锐器在肢体移动时造成进一步的组织损伤。

(2)加压包扎止血，可选用干净的纱布和绷带将伤口加压包扎，用以止血。若在肢体上的切割伤并怀疑有大血管断裂者，可在伤口的近端肢体用止血带止血，如小腿的切割伤，止血带可扎在大腿上；前臂的切割伤，止血带可扎在上臂上。止血带可选用有弹性的橡皮带或布带子代替。切记仔细记录止血带的应用时间。

(3)制动，在去医院途中，应尽量减少受伤肢体的活动，以防止断裂的血管、神经和肌腱的移位和回缩，给进一步的修复手术带来困难。

烧伤和烫伤

烧伤是由于热力引起的一种损伤，如火焰、灼热的气体、液体或固体所致的人体伤害。烫伤是烧伤的一种损伤形式。

一般而言，烧伤的严重程度与烧伤的面积和深度有密切关系，目前较普遍采用三度四分法来判定烧伤程度以估计其预后。

Ⅰ度（红斑性）：局部似红斑，轻度红肿，无水泡，干燥，无感染。皮肤有烧灼样疼痛。一般2～3日内症状消退，3～5日痊愈，脱屑，无瘢痕。

Ⅱ度（水泡性）：分为浅Ⅱ度烧伤和深Ⅱ度烧伤。

浅Ⅱ度：有较大水泡，水肿，有剧痛，皮肤感觉过敏，如无并发感染，2周左右愈合，不留瘢痕，短期内有色素沉着。

深Ⅱ度：水泡较小，水肿明显，疼痛，皮肤感觉较迟钝。一般3～4周痊愈。痊愈后可产生瘢痕。

Ⅲ度（焦痂性）：皮肤苍白或焦黄炭化，干燥，皮革样，皮肤疼痛轻，感觉迟钝。一般3～4周焦痂脱落，创面愈合较慢，多数需植皮，愈合后遗留瘢痕或畸形。

［常见原因］

一般来说，约80%烧伤是在家中发生的，家庭中的意外烧伤和烫伤较工业中发生的烧伤高15倍。常见的造成烧伤的物品有电力、汽油、煤气、天然气，以及热水瓶、火炉、开水、沸汤等等。3岁以下的儿童烧伤，大多数是由于烫伤，而成人的烧伤以意外事故为多见，如在床上吸烟，房屋着火等。

特殊原因烧伤有化学烧伤、电烧伤、放射烧伤、毒气烧伤等等。

［家中处理］

烧伤的急救处理是否及时、得当，不仅对以后的治疗有重要影响，也关系到病人的生命安全。

对于小面积Ⅰ度和Ⅱ度烧伤，可自行在烧伤的皮肤上涂抹獾油，烫伤膏等药物，必要时去医院在医生指导下擦药治疗。

对于大面积烧伤需在家中做好紧急抢救处理：

（1）迅速消除火源，脱离现场，应尽快脱去着火或沸液浸泡的衣服，来不及脱去着火的衣服时，可迅速卧倒，慢慢就地滚动，压灭火

焰，或用毯子、大衣、棉被等，迅速覆盖灭火，立即离开火场。

(2)迅速查明是否合并有危及生命的复合伤，如大出血、窒息、开放性气胸等，迅速抢救。

(3)用敷料或干净被单、衣服等手边材料，简单包扎和保护创面，以防止创面的污染和再损伤。

(4)口服或肌注止痛药物，镇痛，镇静。

(5)迅速将病人移至就近医疗单位，进一步处理和治疗。在送往医院途中，应注意观察病人血压、脉搏、呼吸情况。

对于特殊原因所致烧伤的紧急处理注意事项如下：

(1)化学性烧伤：迅速将皮肤上残存的化学物质清除干净，无论何种化学物质致伤，最简单可行的方法是以大量清水冲洗，一般冲洗时间不少于半小时，然后立即前往医院就诊，切记一定要向医生讲明为何种化学物质烧伤，如酸烧伤、碱烧伤、磷烧伤、镁烧伤等，以便医生做相应的处理。

(2)电烧伤：又称电灼伤和电击伤，应迅速使病人脱离电源，用不导电的木杆等物体将电源拨开，或关闭电闸，注意电烧伤往往有呼吸心跳骤停，须紧急进行人工呼吸和胸外心脏按摩。电烧伤局部的处理与热力烧伤相同。

冻　伤

冻伤是由低温寒冷侵袭所引起的损伤，多发生在手、足、指、趾、耳等处。

全身性冻伤：可出现寒战，四肢发凉紫绀，体温逐步下降，感觉麻木，神志模糊，反应迟钝，甚至进入昏迷，严重者可出现心律失常，休克，以至死亡。

局部冻伤的表现可分三度：

一度：损伤在表皮层，皮肤红肿充血，自觉热、痒或灼痛。症状多在数日后消失。一般不留瘢痕。

二度：损伤达真皮层，除红肿充血以外，可有水泡，疼痛较剧烈，但感觉迟钝，1～2 日后水泡可吸收，形成痂皮，2～3 周后愈合，一般不留瘢痕。

三度：损伤达全皮层，严重者可深达皮下组织、肌肉、骨骼，甚至

整个肢体坏死。皮肤开始变白，以后逐渐变褐、变黑，组织坏死，坏死组织脱落后，可留有溃疡长期不愈。

［**常见原因**］

除了低温寒冷是造成冻伤的主要原因外，其他因素还有：

1. 气候因素　包括空气的湿度、流速和天气骤变等。潮湿和风速都可加速身体的散热。

2. 局部因素　任何使局部血液循环发生障碍，热量减少的因素均可导致冻伤。如鞋、袜过紧，长时间站立不动，长时间浸渍在冷水中等。

3. 全身因素　如疲劳、虚弱、紧张、饥饿、失血、创伤、休克等，均可减弱人体对外界温度变化调节和适应能力，使局部热量减少。

［**家中处理**］

1. 紧急处理　尽快使病人脱离寒冷环境，搬进室内，迅速脱去寒冷潮湿或紧缩的衣服和鞋袜，进行保温。

2. 全身性冻伤病人　若呼吸心跳有异常，应进行人工呼吸，心脏体外按摩。

3. 迅速复温　这是急救的关键。方法是采用 40～42℃ 恒温热水浸泡，在 15～30 分钟内使体温迅速恢复接近正常，即甲床潮红，肢体温热感为止，浸泡时间不宜过久，水温不应过高。复温期间可对肢体进行轻柔的按摩，已复温后则不应再按摩。

4. 补给热量　服用热饮料及含高热量的半流饮食，如热奶等。

5. 局部冻伤较轻　可外用冻伤膏等药物涂于患处，如局部冻伤已有破溃，应去医院换药治疗。

6. 口服抗生素　服活血化淤中药以助恢复。

蛰　伤

蛰伤是指由昆虫的刺蛰入人体皮内，释放毒汁而引起的一种皮肤的损伤。

被蛰伤的共同表现为：蛰伤的局部皮肤有强烈的刺痛和烧灼痛感，并出现红斑、丘疹、风团或水泡，蛰伤的中央部位多可见针头大小的瘀血点，即叮咬的痕迹，其周围有明显的红肿。部分病人出现全身反应，如发热，恶心，呕吐，头晕，头痛，脸色苍白，心慌等等，严重者可

出现休克表现。不同种类的昆虫叮咬还有其不同的差异表现。

［常见原因］

1. 蜜蜂　蛰伤后局部红肿，中心点状出血，也可化脓。严重时会出现剧痛、发热、恶心、呕吐。

2. 蚊子　刺伤后可出现像荨麻疹一样的疹子，瘙痒剧烈。

3. 虱子　在寄生部位出现瘙痒，由于抓挠使皮肤出现湿疹。

4. 蜈蚣　被刺部位出现两个小血点，红肿，发热，严重时可导致坏疽，也可出现明显的全身症状。

［家中处理］

1. 局部处理。局部可外用氨水、虫咬水、风油精、炉甘石搽剂等止痒。

2. 可口服抗组胺药或阿斯匹林等减少组织肿胀和反应，常用的抗组胺药有：苯海拉明、扑尔敏、息斯敏等。

3. 如并发有感染可服用抗生素。

4. 局部症状严重或全身症状明显者应及时去医院就诊。

软组织损伤

软组织损伤是一个包括很大范围疾病的总的称谓，它包括的疾病种类很多。有急性损伤和慢性损伤两大类。慢性损伤又称为慢性劳损，不在急救范围之内。而急性损伤又可以分为两类，即开放伤与闭合伤。

开放伤损伤了皮肤或粘膜，如擦伤、撕裂伤、切伤、刺伤等；闭合伤较深，皮肤及粘膜无裂口，如肌肉挫伤，肌肉、韧带、关节损伤、关节脱位等。这两种损伤的治疗有原则的不同，开放伤由于污染，常常继发感染化脓。其中刺伤与贯通伤又容易被厌氧菌感染，产生破伤风或气性坏疽。而闭合伤则不然，不易发生感染化脓。开放伤在其他章节已有叙述，这里不再赘叙，本节主要讲解一些闭合伤如肌肉挫伤、韧带、肌肉、肌腱、关节囊挫裂伤，以及关节损伤、关节错位和关节脱位。首先讲这类软组织损伤总的共同的症状、原因及急救原则，而后就一些常见疾病个别介绍。

［软组织损伤的表现］

1. 疼痛　损伤后一般均有损伤部位的疼痛，而疼痛的程度因人

而异，与淋巴、血液渗出的多少、局部神经损害的情况及部位有密切关系。

2. 肿胀及出血　软组织挫伤后的肿胀与淋巴管、血管的损伤程度有关，出血程度的不等，部位深浅的不同，表现也不同，如皮肤本身的出血可见淤点，皮内及皮下出血可见淤斑，皮下组织中的局限性积血可出现血肿。大多数病例在损伤后，由于是闭合性损伤出血可逐渐停止。

3. 活动障碍　由于肌肉、韧带、肌腱、关节的损伤，以及疼痛和肿胀，必然引起关节活动的障碍。

［**常见原因**］

各种外伤，如跌伤、扭伤、挫伤、拉伤等。

［**家中处理**］

由于损伤的原因与部位不同，处理的方法亦不相同，但总的处理原则是相同的。

1. 止痛　一般无需用止痛药物，但当疼痛特别重时或药物本身同时具有止痛及其他治疗作用时，可服用止痛药物。如：去痛片、阿斯匹林、云南白药、三七伤药片等。

2. 冷冻疗法　冷冻可使血管收缩，减轻局部充血，降低组织温度，抑制神经感觉，有止血、退热、镇痛、麻醉和防肿的作用。

方法是将毛巾浸透冷水后放在伤部冷敷，两分钟左右更换一次。或者将冰块直接擦摩伤部，或将伤肢浸泡在冷水中或用自来水冲淋。总之是在损伤的早期使伤部位降温，以减少出血和肿胀，切忌热敷。

3. 加压包扎　可用棉花或海绵覆盖在损伤部位，然后用纱布绷带或其他布带缠绕包扎，包扎的松紧以包扎部位以下的肢体血运（血液循环）正常、无发紫发麻、包扎部位有紧缩压迫感为度。在关节部位的包扎，不但可以起到止血防肿的作用，而且还可限制关节活动，起到固定的作用。可以避免再次损伤。

4. 固定和抬高患肢　如果损伤的是四肢的软组织，就要注意伤肢的固定，这样能防止损伤关节的异常活动，防止再损伤。固定的方法要向病人加以说明。另外注意把损伤部抬高，既能起到消肿的作用，又可促进伤部的恢复。

5. 送医院治疗　家中的急救只是初步处理，对于很轻的损伤也许无需再送医院治疗。但往往需要作急救处理的病人，都需要送院

检查，明确诊断，进行下一步的处理和治疗。

骨　折

各种严重外伤，如跌打、冲撞伤、砸伤等造成骨质断裂，不完全断裂或粉碎性改变，称为骨折。

骨折的急救处理很重要，如果处理不当，轻者加重损伤，招致感染，增加病人的痛苦；重则形成残废，甚至危及生命。及时进行合理而有效的急救，是必不可少的紧急措施。

因为骨折多属于较严重的创伤性疾病，在家中或创伤现场的急救只是为送医院做一些简单的，而且是必要的准备。急救的目的是抢救生命，防止病人在运送过程中再受损伤，防止伤口污染，减少病人痛苦，创造较好的运送条件。

骨折所涉及的范畴很广，这里主要就急性创伤性骨折的急救作一些讲解，因为这是骨折中最主要而且是最重要的一部分。首先就骨折的共同症状、原因及急救原则作一说明，而后就一些常见骨折个别介绍。

［**表现**］

1. 疼痛　创伤性骨折一般都有疼痛，而且疼痛较严重。

2. 肿胀　创伤及骨折破坏了局部的软组织、血管、淋巴管等，造成了局部的肿胀，而且往往很严重。

3. 出血　如果是四肢没有伤口的闭合性骨折，出血多不严重，而且可自行停止。而胸、腹、盆腔的内出血及有伤口的开放性骨折，有时出血较严重，甚至发生失血性休克。

4. 畸形　骨折后造成骨折局部的畸形，如下肢变短（股骨颈骨折）、成角（长直骨向内、向外、向前、向后成角）。

5. 功能障碍　由于骨折及骨折周围的软组织损伤，必然引起运动功能的障碍，如肢体不能运动、不能直立等。

6. 异常活动及骨擦音　骨折后，尤其在长骨的骨折后，在原来没有关节的部位发生可屈伸的活动，同时可伴有骨与骨之间的摩擦声音（骨擦音）。

7. 呼吸、循环、神经系统的严重功能障碍　严重的创伤性骨折可合并多脏器、多系统的损伤，可出现呼吸、循环、神经系统的严重功能

障碍，如出现呼吸困难、紫绀、异常呼吸等呼吸道阻塞及肺损伤现象；脸色苍白、四肢发凉、出汗、肢端发绀、脉搏细弱等循环衰竭休克现象；神志不清、昏迷、瘫痪等神经系统损伤现象。

［常见原因］

各种严重外伤，如跌伤、冲撞伤、砸伤等。

［家中处理］

1. 止痛　骨折后常伴有剧烈疼痛，须采取有效的止痛措施。可给予止痛药物口服，如止痛片、云南白药等。如有可能，可用1%～2%普鲁卡因局部血肿内注射，有良好的止痛作用。疑有腹部内脏损害而未确诊的或有呼吸障碍的病人，禁用吗啡类制剂。

2. 止血　四肢的闭合性骨折，出血多可自动停止，无需特殊处理。胸、腰、骨盆的骨折造成的胸、腹、盆腔内出血和开放性骨折的外出血，应及早去医院救治，避免因出血过多造成失血性休克。

止血的方法：

(1)局部加压包扎：一般伤口局部加压包扎，即可达到止血的效果。最好用无菌纱布及棉花压在伤口的表面，再用绷带或其他可代用品进行加压包扎，可达到压迫止血的目的。

(2)使用止血带：对于四肢大出血，使用止血带止血方法简单，效果确实，但绑扎的部位要正确，松紧要合适，否则会加重出血（压迫静脉而未压住动脉）。还要注意绑得时间不能过久。时间过长，轻则局部组织生存力减低，增加伤口的感染机会；重则组织坏死。故除非迫不得已，不应轻易使用止血带。使用止血带必须注意下列几点：①可用胶皮管、胶皮带或缠绕毛巾等作为止血带，最好不用绳索。止血带不应直接与皮肤接触，可利用衣服、三角巾或毛巾等作为衬垫。②缚扎部位要在伤口的近侧并尽可能靠近伤口，在上臂应避免放在中1/3部，以免引起桡神经损伤。③避免过松，过紧。④缚上止血带后，一定要在明显部位加标记，注明止血带缚扎时间。陪病人送院的同行人一定要清楚缚扎的时间和情况。⑤止血带缚扎时间最长不能超过二小时，否则应隔一小时左右放松一次。如伤口过大或大血管损伤已丢失大量血液时，不可轻易将止血带放松，因为这时挽救生命比伤肢的缺血更重要。

应该注意的是：以上方法只能解决四肢骨折的出血问题，而胸、腹、盆腔的内出血无法在家中得到控制，只有及时迅速地送医院进行

处理。

3. 固定患肢　有止痛、止血、防止组织进一步损害，减少毒素吸收，减轻休克的作用。四肢骨折时，骨折断端活动，可引起剧痛，损害周围软组织，增加出血，加重休克。因此，凡疑有骨折的肢体，应立即予以固定。在家中或受伤现场的固定，应就地取材，如树枝、竹片、木棍、木板、纸板、搓板、报纸、枕头、雨伞等都可作固定器材。无物可用时，可用布条将上肢悬吊在胸前，下肢可与健肢捆在一起。

如果可找到木板条(夹板)，这是较理想的固定器，固定时应注意以下几点：

①木条长短宽窄要合适，要使骨折处上下关节都固定。

②夹板下面要衬垫棉花，以防压伤皮肤。

③固定夹板时，用绷带或布条缚扎在骨折断处的上下段。

④下肢骨折用夹板固定后，应再与健侧下肢捆在一起再运送。

⑤夹板固定后，应检查固定是否牢固，注意固定的远端手指或足趾是否发凉或变紫，如捆得过紧，需给予松解。

骨折肢体的临时固定：

上肢骨折

(1)锁骨骨折和肩胛骨损伤。可用三角巾或绷带等包绕前臂后向上系在颈后部，将前臂悬吊于胸前。肩胛区有更严重损害时，应将患肢固定于胸壁。方法为：①在腋下放置一大棉垫。②三角巾悬吊前臂于胸前。③另用一绷带将上臂缠绕固定于胸部。

(2)肱骨干(上臂)骨折。让患臂屈肘关节90°，上臂以有垫的夹板固定，前臂放于中立位，用三角巾悬吊于胸前。

(3)前臂及腕部骨折。以一块或二块有垫夹板在掌、背侧固定前臂，屈肘90°，手掌心向胸部，用三角巾悬吊前臂于胸前。

(4)手部骨折。用患手握纱布棉花团或绷带卷，然后用有垫的夹板固定手及前臂，用三角巾悬吊于胸前。

下肢骨折

(1)髋部及股骨骨折。选用有垫长木板置于下肢及胸外侧。木板的长度应下起足跟部，上达腋下。另用一有垫短木板置于大腿内侧。用布带或绷带绕躯干、下肢包扎固定。无条件时亦可将两下肢并拢捆住。

(2)胫、腓骨及踝部骨折。用有垫的长夹板一或二块，上自大腿

下部，下至足跟部，包扎固定，亦可先用折迭床单及毯子自大腿下端到足部加以包裹，然后外面用木板固定。

(3)足部骨折。将鞋脱去，在小腿后面放一直角形木板，用棉垫垫好，然后用宽带固定膝下、踝上及足部。

骨盆骨折

以宽绷带或多头带(为宽约一尺、长约二尺的厚布带，并在长方向上两个边均有多头的细带，便于缚扎)包扎骨盆，在双膝及内踝部夹以软枕，把两腿捆在一起，然后将病人抬到担架上，并用布带将膝上、下部捆住，固定在硬担架上。

4. 伤口处理　受伤现场处理伤口的目的，在于保护伤口，防止再度污染，为送医院后消毒清理伤口创造有利条件。可用无菌纱布或清洁布料(干净的衣服，手帕等)，覆盖伤口并包扎。切忌填塞污物和用手触摸伤口，局部不必敷药。开放性骨折断端外露时，一般不宜还纳，以免加重深部感染。可原位加以包扎固定，送医院处理。如已还纳，则应在送院后向医生说明原来骨折断端外露的情况，以便清创处理时加以重视。如有四肢外伤性截肢(肢体离断)，除按上述止血包扎外，要把断离的肢体包起，尽可能加以冷藏，一并送到医院，以便进行断肢再植。

5. 骨折病人的运送　经上述处理后，应立即准备运送病人入院治疗，未作固定者严禁运送。运送时以病人卧位为好，可用担架或用门板等制成的担架运送病人。昏迷病人应俯卧，以保持呼吸道通畅，避免分泌物和舌根后坠堵住呼吸道。运送时要力求平稳、舒适、迅速、不倾斜、少震动。搬动要轻柔。四肢不要靠在担架边缘，以免途中撞击，引起疼痛，使病情加重。随时观察病情，警惕休克发生。有开放伤口时，应力争在6～8小时内送到医院。

疑有脊柱损伤时，应尽量避免骨折处有移动，更不能让病人站立和坐起，以免引起或加重脊髓损伤。不论病人是仰卧或俯卧，尽可能不变动原来的位置。准备好硬板担架后，置于病人身旁，由两人轻轻将病人推滚到木板上，仰卧，并用宽布带将病人捆在担架上，如腰背部悬空时，应在其下垫以小枕或卷迭的衣服，以使身体充分接触板面。如用布担架，病人要俯卧，使脊柱伸直，禁止屈曲。搬动时最好一人扶头，一人抬腿，中间二人用宽布带托住脊柱骨折部，避免屈曲。抬起或放下时务求动作一致。绝对禁止一人拖肩，一人抬腿搬动病

人或一人背送。

颈椎损伤病人，如搬动不当，有引起脊髓压迫的危险，可立即发生四肢与躯干的高位截瘫，甚至影响呼吸以致促成短期内死亡。搬运时，要使头部固定于中立位，不屈不伸，颈部两旁垫以沙袋或卷迭的衣服等，防止颈部左右旋转、弯曲。

骨盆骨折的病人，臀部两旁亦应垫以软垫或衣服，然后用布带将身体捆在担架上，避免震动，减少疼痛。

另外有些创伤，在无医生的情况下无法判定损伤的程度和部位时亦应及时送院处理，以免延误病情。

妇科急症

阴道流血

阴道流血俗称阴道出血。这里仅介绍产科出血性疾病。

病人主要表现为阴道流血及腹部疼痛。腹痛常为隐痛、酸胀痛、阵发性疼痛、撕裂性疼痛等。阴道流血可多可少，甚至突然发生大量阴道流血及腹腔内出血。当有大量出血时病人可能出现头晕、眼花、晕厥、贫血及休克等症状而危及生命。

［**常见原因**］

1. 流产（又称小产）　其发生的原因尚不完全清楚，可能有胚胎因素：为遗传基因缺陷包括精子和卵子的缺陷；外界不良因素的影响：为早期接触过多的有害化学物质及药物、毒物、放射线或严重病毒感染等导致孕卵畸形；母体因素：为内分泌失调、生殖器疾病如子宫畸形、子宫肌瘤、宫颈口松弛等，以及孕妇过劳、外伤、精神刺激等诱因；人工流产时常因术者经验不足、子宫严重屈倾等因素造成吸引不净致不完全流产。

流产有先兆流产、难免流产、不完全流产、完全流产、稽留流产、感染性流产及习惯性流产。先兆流产：表现少量阴道流血，血呈深褐色或鲜红色，可伴有轻度小腹痛及腰酸下坠感，早孕反应持续存在；难免流产：由先兆流产发展而来，表现为阵发性腹痛加剧，阴道流血

超过正常月经量并伴有血块，若月份大，胎膜已破者可伴有羊水流出；不完全流产：是因胎盘全部或部分潴留于宫腔，子宫收缩不好，引起持续性阴道流血。严重出血可致休克，有时可伴下腹隐痛或阵发性疼痛，易诱发感染；完全流产：仅表现有阴道少量流血，腹痛完全消失；稽留流产（又称过期性流产）：胚胎在子宫腔内死亡二个月以上，尚未自然排出者。病人表现反应消失，阴道流血可有可无，量时多时少；感染性流产（流产并发症）：病人除有一般流产症状外，有发热、脉搏快、下腹痛、阴道分泌物有臭味等征象时，可并发腹膜炎、败血症、血栓性静脉炎、休克等而危及生命；习惯性流产：指自然流产连续发生三次或三次以上者。

2. 异位妊娠（又称宫外孕）　包括输卵管妊娠、卵巢妊娠、腹腔妊娠等。其中以输卵管妊娠为最常见，多数因输卵管的病变为炎症等，阻碍了受精卵的正常运行及植入。

多数病人表现有停经史并伴有早孕反应。停经时间的长短因输卵管妊娠所在部位不同而异。发病早可以无明显停经史，发病晚可有12～16周停经史，阴道流血常为不规则点滴流血，深褐色，不超过月经量，极少数病人多于月经量。腹痛是主要症状，未破裂时表现为一侧下腹部隐痛或酸胀痛，流产或破裂时表现为一侧撕裂样疼痛、伴恶心呕吐、出血多者可出现头昏、眼花、晕厥及休克等腹腔内出血症状，有时可表现为肩胛部疼痛，肛门坠胀感。

3. 葡萄胎（又称水泡样胎块）　胚胎一般早已死亡。可分为完全性葡萄胎和部分性葡萄胎。病人表现多有2～3个月停经史，子宫大于停经月份子宫，并有阴道流血，血液中有时可见水泡状物。可以反复多次少量出血，也可以一次大量出血致休克危及生命。葡萄胎已流产，阴道出血仍持续不断的病人，可能患恶性葡萄胎或绒毛膜癌。

4. 前置胎盘　为孕晚期严重并发症之一，常发生在孕28周以后。目前对其原因尚不清楚，但可能与下列因素有关：

(1)子宫内膜不健全：如子宫内膜炎，以及多次人流，使子宫内膜受损，受精卵植入时为了得到足够营养，致使胎盘面积扩大而延伸至子宫下段。

(2)巨大胎盘：如双胎胎盘面积大，扩展至子宫下段。

(3)异常胎盘：如副叶胎盘等。

病人表现为无痛性不明原因的阴道出血，出血可为多次少量，也

可有一次大量致病人休克危及生命。长期反复出血也可致严重贫血。

5. 胎盘早期剥离　为孕晚期严重并发症之一，严重威胁产妇生命，胎儿死亡率高。常发生于妊娠28周后。原因：可能与孕妇重度妊高症、高血压、慢性肾炎等疾病有关；机械因素如腹部受撞击、摔倒、产前胎位异常外倒转等；双胎、羊水过多分娩时常因宫内压力急剧下降等，使子宫收缩，引起胎盘早剥。病人表现：若胎盘剥离面积小可无任何症状或有轻度腹痛及少量的阴道出血；重者腹腔内出血为主，病人突然出现剧烈持续性腹痛、腹胀、恶心、呕吐、出冷汗、面色苍白、血压下降等休克表现，阴道流血少或无，贫血。胎动开始较剧，继而消失，胎儿死于宫内。

6. 早期产后出血　是产科严重的并发症，是产妇死亡的主要原因之一。早期产后出血是指胎儿娩出后24小时内产妇失血量等于或大于500毫升。发生原因可为子宫收缩乏力、胎盘滞留、软产道损伤及凝血功能障碍所致出血。

病人表现与失血多少有关，失血少可以无任何症状，失血多可出现面色苍白、出冷汗、四肢厥冷、少尿、神志淡漠等休克现象。若不进行有针对性的抢救治疗可致死亡。

7. 晚期产后出血　是指产妇分娩24小时后在产褥期内发生的大出血。最常见的原因是胎盘或胎膜残留于子宫腔；剖腹产术所造成的晚期产后出血。病人表现为血性恶露较多，且持续时间长，少部分病人有产后低热或下腹痛及从阴道排出组织等。还有极少数病人也可发生突然大出血致休克等症状危及生命。

［家中处理］

1. 要注意病人的一般精神状况，如有无贫血，测脉搏、呼吸等，过快或过慢与出血量的多少和贫血的程度有很大关系。

(1)注意休息，每天要保证睡眠8～10小时以上。

(2)要加强营养，吃些含有高蛋白、高热量的食物，同时注意吃些含铁食物如猪肝、血豆腐、赤小豆、深绿色蔬菜等。炒菜应用铁锅，对补充铁质起到一定作用。

(3)贫血严重，如家中备有药物，可用硫酸亚铁，每次0.3克，一日3次(饭后服用)。叶酸5～10克，每日3次(口服)。生血丸，每次2丸，每日3次。对纠正贫血起到较好作用。

2. 禁止性生活。阴道流血一方面是细菌最好的培养基，同房后细菌带入阴道而引起感染。同时，同房易造成流产和病情加重。

3. 如有阴道流血，应及时更换无菌的会阴垫、卫生巾之类用品，切勿用脏衣服等物垫在会阴部，以防止感染或破伤风的发生。

4. 如出现腹痛，要注意腹痛性质和发生的部位以及病人有无恶心、呕吐、出冷汗、面色苍白、头晕、眼花等现象。若有上述现象，应考虑腹腔有内出血之可能，应尽早送医院抢救。

5. 观察阴道流血量、颜色以及血液中有无组织混在其内。若有组织排出，请用清水漂洗干净用白酒浸泡于瓶中，及时送医院请医生识别并送病理检查，以便迅速作出诊断进行治疗。出血多时，如家中有注射条件，可立即给病人肌肉注射止血敏 500 毫克或维生素 $K_1$10 毫克，起到止血作用。

6. 当出血过多，出现精神差、面色苍白、出冷汗、头晕等症状时，应立即平卧于床上，可以喝些红糖水，以暂时改善症状。如家中备有小型氧气袋，应迅速向病人鼻腔内输氧，以改善因失血而引起的缺氧，同时应迅速送医院检查、治疗、输血等。

7. 家中如备有针灸针，在病人神志不清时应针刺人中、合谷、三阴交，可起到复苏作用。若无针灸针，也可用指压法代替。

8. 针对病因处理

(1)流产：①先兆流产时不能盲目保胎：因为许多流产是由于胚胎发育不正常而产生，其中因染色体异常造成的较多见。如盲目保胎，有可能把异常胎儿保留下来。有些先兆流产往往是宫外孕、葡萄胎等病理状况造成的，若保胎治疗，往往会耽误诊治时间。过去所用的保胎药物多数为雌激素，它有造成新生儿外生殖器畸形的可能。目前应用较多的黄体酮也会造成胎儿外生殖器的异常发育。因腹部外伤或不慎摔跤是很少发生的，因此，出现先兆流产时可听其自然。如经过卧床休息一段时间症状消失，可以继续妊娠；如症状不好转，经检查证实胚胎发育不好时不要勉强保胎，应去医院终止妊娠。②若出血过多，大于正常月经量，说明胚胎已保不住了，必须迅速送到就近医院进行刮宫术，迅速将妊娠产物排出体外，避免因失血过多危及生命。③阴道流血时间较长，家中若备有药物，可给病人口服复方新诺明 2 片，每日 2 次，或可口服先锋霉素Ⅳ每次 0.5 克，每日 3 次，预防感染。

(2)葡萄胎:应速去医院住院,清除子宫内残留物。注意防止并发症,并严密随访,以防恶变。随访极为重要,按时去医院和医生取得联系,进行多项检查。随访期一般为2年,在此期间应注意避孕。避孕时宜用避孕套或阴道隔膜,不要用避孕药及宫内节育器。

(3)宫外孕:孕早期出现突然小腹痛,伴恶心、呕吐、昏厥,这是此病的危险信号,应立即送医院治疗。

(4)前置胎盘:①要按时去医院做产前检查,发现胎位不正及时由医生纠正。②孕晚期阴道大量流血要想到此病,应迅速转到有输血及剖宫条件的医院进行检查处理,切不可在家由医生随便作肛门检查。③紧急情况转送时处理:如病人阴道大量流血,当地无条件进行处理时,可在静脉输液或输血的情况下,请当地医生用无菌纱布卷填塞法压迫止血。纱布可填塞于阴道的顶端。同时包扎腹部,迫使先露下压宫颈以暂时止血,然后进行转院。输液时最好采用18号针头,以保证输液渠道畅通。

(5)胎盘早期剥离:①孕妇要积极治疗妊高症、慢性高血压、肾脏疾病等。②定期去医院做产前检查,做好孕期保健。③避免摔跤和外界暴力撞击腹部。④迅速转院,到有输血和剖腹产条件的医院终止妊娠。

(6)产后晚期出血:①若出血少,家中备有药物如益母草膏口服15克,每日2次,以促进子宫收缩,减少阴道出血。也可口服复方新诺明,每次2片,每日2次或服用先锋霉素0.5克,每日3次,抗感染。②大量出血迅速转院治疗。

孕期胎动减少

胎动是孕妇本身的主观感觉。一般初次怀孕的妇女在孕4个月左右会感到腹内有胎动,随着月份增加而逐渐活跃,直至胎儿出生。

一般情况下,1小时胎动在3~5次,12小时胎动应在30次以上。当发现胎动明显减少或异常活跃都是不正常现象。此时,若不及时地处理,胎动可由减少到停止,甚至胎儿有死于宫内的危险。

[**常见原因**]

1. 母体本身供氧不足　如母亲原有高血压、肾炎、心脏病、糖尿病、严重贫血、高热等。

2. 母亲、胎儿之间氧气交换不良或传输障碍　常见于怀孕合并症如妊娠高血压综合症、过期妊娠、前置胎盘等，还有脐带打结、脐带受压、脐带扭曲、脐带缠绕、脐带脱垂等。

3. 胎儿本身的因素　常见于胎儿疾病如有严重的先天性心脏病，也可因母体本身缺氧引起胎儿颅内出血、心血管功能低下等。

［家中处理］

当发现胎动突然减少，说明胎儿在宫内已缺氧，可能有危险。应争取时间送医院作进一步检查和治疗。若因种种原因暂不能送医院，可作以下处置：

1. 孕妇晚期突然发现胎动减少，应卧床休息（取左侧卧位为好），以改善和增加胎盘血液的流量，从而改善胎儿宫内缺氧的情况。

2. 家中若备有小型氧气袋，应迅速向孕妇鼻腔内输氧，每次30分钟至1小时，每日可吸氧2～3次。输氧可以直接改善胎儿因缺氧引起的胎动减少。

3. 每日必须认真记录胎动次数。计数的方法是：每日早晨、中午、晚上选1小时进行胎动计数，计数时孕妇必须侧卧于床上并保持安静，认真记录每小时胎动数，最后将3小时的计数相加乘以4即为12小时胎动次数。正常12小时胎动数应有30～40次以上，如12小时内胎动次数在20～30次应提高警惕，并反复作胎动计数。若确认12小时胎动不到20次则应立即送医院检查。

如无条件每日取3次胎动计数，亦可1日取1小时胎动计数，若每小时3～5次属正常胎动，小于3次则为异常。此时需立即去医院进行检查和治疗。

临产征象

临产的主要标志有三点：规律的子宫收缩，即每隔5～6分钟一次，每次持续30秒以上；子宫颈管消失，宫口扩张即“产门开大”；胎头逐渐下降。

孕妇接近临产时常有以下征象：

1. 上腹部较前轻松，小便次数增多　临产前10多天，由于胎头下降进入骨盆，子宫底也随之下降，减轻了对上腹部的压力；同时，也因胎头下降，压迫膀胱和骨盆底的器管及组织，可出现膀胱贮存尿量

减少，小便次数增多。有些孕妇还出现腰酸、腿痛、翻身和行动不便等症状，这都预示距离临产时间不远了。

2. 见红　分娩前24～48小时，阴道有少量血性粘液排出，俗称"见红"。这是因为宫颈管扩张时胎膜与子宫壁分离，局部毛细血管破裂出血，随宫颈口内的粘液流出所致。大部分人见红后不久即正式临产，它是真正预示快临产的主要信号。也有少数人于见红2～3天才开始临产。

3. 子宫收缩逐渐规律　子宫收缩时，孕产妇会感到腹痛或腰痛，子宫发紧、变硬。宫缩开始时很不规律，数分钟或10多分钟一次，持续时间短，小于30分。随后逐渐转为规律宫缩，而且收缩越来越强，5～6分钟一次，每次持续30～60秒，这就是正式临产了。孕妇及家属要做好快去医院的准备。

4. 破水　阴道突然流出清亮的液体(羊水)，有时含有胎脂或胎粪，俗称"破水"。"破水"通常发生在规律宫缩开始后，胎儿娩出之前，但也有些发生在临产前，称为"胎膜早破"。通常在破水后12～24小时内自然临产。

［家中处理］

1. 一旦出现临产先兆或临产，孕妇及其家属均应沉着冷静，保证精神安定，充足睡眠和注意饮食。以维持产程顺利进展。

2. 孕妇及其家属要做好去医院分娩的精神准备。要了解临产是孕妇的正常生理过程，树立信心，利于分娩。

3. 去医院前，若有条件，可以洗一次淋浴，做好乳房及乳头的护理及外阴部的清洁等。

4. 做好物质准备

(1)要联系好交通工具，以免临时住院措手不及。

(2)准备好住院的生活必须用品如梳洗用具、茶具、食具及换洗的内衣、手纸、卫生巾和月经带等(各医院要求自带的东西不尽相同，最好在产前检查时询问清楚)。

(3)应准备些红糖。红糖要先蒸过，以免喝了泻肚。红糖有增加热量和促进子宫收缩作用。

(4)要准备好婴儿衣服、被褥等用品，以便出院时需用。

(5)冬季分娩时，如家中没有暖气应考虑采取其他取暖措施。因为一般正常产妇在医院不超过4～5天，剖腹产住院时间也只有7～8

天即可出院。

子　痫

孕妇在妊娠5个月后，出现高血压、水肿、蛋白尿的基础上又出现头昏、眼花、胸闷、恶心、呕吐等症状，继之发生抽搐或昏迷，这是妊娠晚期常见的子痫。这时，孕妇易并发心、肾功能衰竭而导致孕产妇和胎儿死亡。

[常见原因]

目前尚不十分明确，但可能与下列因素有关：

1. 子宫过度膨胀　如双胎、羊水过多、葡萄胎或初产妇腹壁紧张，造成子宫、胎盘血流量减少，流速减慢，使子宫缺血，胎盘变性，血管紧张素增高，全身动脉痉挛。出现血压增高、钠潴留、蛋白尿、少尿、肾功能衰竭、胎儿宫内营养不良，宫内发育迟缓致使出生后体重不足，严重者胎儿死于宫内。

2. 母亲血液循环不能适应子宫、胎盘的需要　如母亲有原发性高血压、糖尿病、慢性肾炎等病变，造成小血管痉挛，出现脑组织缺氧和水肿，严重者抽搐和昏迷，同时出现视网膜水肿、出血、视力模糊不清，严重失眠。

3. 诱因

(1)精神紧张、恐惧、过度兴奋、气候突然变化以及内外环境改变均可引起中枢神经系统功能紊乱和血管舒缩中枢失调，以致小动脉痉挛而出现血压增高。

(2)物理刺激如光、声、震动等可诱发子痫发生。

(3)遗传因素，有家族史者，发病率比无家族史者高8.3倍。

[家中处理]

1. 一切处理要在子痫发生前

(1)要重视妊娠期的定期检查。主要是测血压、查尿蛋白和测体重。正常血压120/90毫米汞柱以下，尿中无蛋白，妊娠晚期每周体重增加不能大于0.5斤。若出现异常应及早到医院进行检查和治疗。

(2)注意休息是治疗本病最主要和最基本的措施。每日保持8～10小时的休息，以卧床休息为好。特别是左侧卧位，可以减轻右旋子

宫对腹主动脉及下腔静脉的压迫，有助于静脉回流，改善胎盘灌注及功能，使胎儿宫内缺氧状况得以改善，增加尿量。

除卧床休息外，脑力休息也应得到保证。精神要愉快乐观、环境应安静舒适，有助于脑血流量改善、脑水肿减轻，有利于防止抽搐。

(3)注意饮食。不要偏食，口味宜淡不宜咸。虽不可能限盐，但也不宜摄入过多的食盐、咸菜、泡菜及咸肉等高钠食物，以防加重水肿。同时还要注意摄入足够蛋白如牛奶、豆制品及蔬菜、水果，补充足够的铁钙物质如多吃些虾皮、紫菜、骨头汤、动物内脏、深绿色蔬菜等。采用铁锅炒菜也有助于补充铁质。孕期蛋白摄入宜每日大于15克/公斤体重。

(4)孕晚期，如原有高血压、水肿等症状，现又突然出现头昏、眼花、视物模糊、胸闷、头痛等症状，预示子痫可能要发生，需立即送到医院诊治。家属注意数病人脉搏、呼吸，有条件者可以测量并记录血压，以供医生参考。应该注意病人的精神状况。

2. 若病人在家中突然抽搐、昏迷，应做以下紧急处理：

(1)首先不要慌，立即将病人平卧于床上，头转向一侧，解开衣服、胸罩等，以减少病人的呼吸困难。防止口腔内分泌物进入气管而引起窒息，及时清除口腔内分泌物。

(2)病人若有假牙，要迅速取出，以防吸入，并用布卷或用筷子缠绕布置于病人口中上下牙齿之间，以防咬破其舌头或口腔软组织。

(3)病人发生抽搐时，切不可搬动病人或将病人取半卧位或企图用外力制止，这样反而增加刺激，使抽搐加剧。

(4)家中若备有供氧设备，要立即给予吸氧，因为输氧能改善病人的脑缺氧。

(5)房间里要保持安静，避免喧闹和噪音的刺激，应将窗帘放下避光尽量减少各种易引起抽搐的因素。

(6)若备有针灸针，立即针刺人中、合谷、列缺等穴位，可以制止抽搐。若无针灸针，亦可用指压法代替。

(7)病人在抽搐后立即进入昏迷状态，数分钟后反复出现抽搐－昏迷现象。为防止坠落床下发生摔伤或意外，家庭必须有专人看管。可在床下靠墙侧一边用木板、椅子或其他用物，用绳子栓于床的两头，以起保护作用。

(8)当出现病人舌头后坠，家属应立即用手裹一块薄布将舌头拉

出，以防止窒息引起呼吸困难而死亡。

(9)病人抽搐后，常常在较短时间内出现小腹阵痛，阴道血性分泌物，这说明就要临产了，故应抓紧时间送医院分娩。

(10)病人在较短时间内发生频繁抽搐后接着处于昏迷状态，说明病情严重，应即送医院抢救。

(11)若家中备有血压计和有注射条件者，应注意观察病人血压变化(在抽搐停止后抓紧测量血压)。若血压高于160/110毫米汞柱，应立即送医院进行处理。

(12)病人在抽搐昏迷时，不能强行喂水、进食，以防吸入气管窒息，或造成吸入性肺炎。

胎膜早破

正常胎膜破裂应在子宫口开全、胎儿产出之前。若胎膜在分娩发动12小时前破裂，则为胎膜早破。

孕妇胎膜早破时没有疼痛感，自感阴道内突然有液体流出。液体带有腥味，有时混有少量脂肪颗粒和毳毛，与尿液有明显的不同。且时多时少，持续不断，立起时增多，平卧时减少。不像尿液能受人控制。

［常见原因］

1. 胎位不正，骨盆狭窄　当胎位不正、骨盆狭窄时多发生胎膜早破，而且羊水流出可能引起胎儿脐带脱垂或肢体脱出，对胎儿是很危险的。

2. 孕妇腹部受到重压或撞击　如重体力劳动、用力解大便、摔倒等，都可能发生胎膜早破。

3. 双胎、羊水过多和临产前一个月有性生活。妊娠晚期要特别注意性生活的控制。

4. 胎膜本身因感染或缺乏维生素C而致胎膜本身薄弱。

［家中处理］

1. 发现胎膜早破后，孕妇应躺在床上采取平卧姿势，换上干净内裤、并垫上消毒草纸于臀部，无消毒草纸时，亦可用干净的布片子垫在臀部。

2. 孕妇用床的床脚可用板凳或砖头适当抬高，以保持头低脚高，

或把臀部垫高，以防止脐带脱垂危及胎儿生命。

3. 在家中时间不能过久，因为羊膜囊破后，羊水流出，家中无消毒条件，时间长易发生宫内感染，这对孕妇和胎儿都有生命危险。孕妇可能因为感染而引起发热、子宫发炎，胎儿出生后可能引起肺炎、窒息等疾病。

4. 家中采取适当应急处置后，应及早送往医院。用竹床、板床或担架抬送，有救护车或汽车更好。护送时，应保持孕妇平躺且臀部垫高。

5. 切忌用自行车推送孕妇，更不能让孕妇步行到医院。这将导致胎儿的脐带脱垂。脱垂有时是隐性的，有时是显性的。隐性的脱垂是在孕妇阴道内看不到脱垂的脐带，但经医生检查，就可以发现脐带受压。显性的脱垂是在孕妇的阴道口，就可以看到脱垂的脐带。出现这种情况，婴儿就会发生危险。

用自行车或自己步行到医院的早破水孕妇，易使胎儿发生垂危，甚至在宫内死亡。

产褥感染

由于产妇抵抗力下降、失血、产道损伤、产程延长、手术产等因素致使产后感染，称产褥感染。

当细菌侵入生殖道时，其炎症可以发生在生殖道的任何一个部位如外阴、阴道、子宫、输卵管及盆壁组织等。

1. 炎症发生在外阴或阴道局部时，除局部有炎症性变化为红、肿、灼热感、分泌物增多外，多无全身症状。

2. 当子宫内膜发生炎症时，其症状有轻重之分：轻者，在产后3～5日开始有头痛和发热，体温一般不超过38.5℃，自感小腹轻度疼痛不适，阴道血性分泌物带臭味。重者，在产后48小时左右，先有怕冷，随后，体温突然上升至40℃左右，后又急剧下降，脉搏增快，小腹痛疼，阴道血性分泌物呈褐红色且有恶臭。

3. 炎症蔓延至输卵管等子宫附件和盆腔结缔组织时则全身的症状较以上更为严重。

［**常见原因**］

1. 身体虚弱　产后，产妇因劳累、出血等，身体十分虚弱；同时因

胎儿、胎盘娩出后子宫内有大片创伤面，产妇盆腔充血，此时产妇发生感染，炎症会迅速蔓延，甚至引起败血症休克和死亡。

2. 产褥感染很可能在分娩前、分娩时或分娩后细菌由外界进入产道而发生。例如，产前性生活、接生所用之物品消毒不严格等。分娩时因看望者太多（谈话中会把寄居在呼吸道的细菌传播给产妇）等。有些产妇产前体内已寄生着细菌，只是未发病，分娩后因体质较弱，细菌乘此直接或间接通过血液循环进入产道，引起感染。

3. 产前有贫血、营养不良者　因为身体虚弱、抵抗力下降，产褥感染的可能性也会增加。

4. 一切影响产妇抵抗力的因素　如失血、产道损伤、产程延长、手术产等，均会增加感染发生的机会。

［**家中处理**］

产褥感染是产妇的死亡原因之一，严重地威胁着产妇的生命，一旦发生应争取时间送医院抢救治疗，但因某些情况暂不能送医院时，家中可作如下处理：

1. 产妇体位，应取半卧位即头高足低位，抬高床头，以利于子宫内的恶露排出。家庭一般无摇床，可以根据需要的高度用砖头垫高床头下的床脚即可。

2. 保持外阴部清洁。可用1:5000浓度的高锰酸钾溶液洗外阴（采取蹲式洗），一日两次（切不可作外阴冲洗，更不能坐在水里洗），洗完后用干净布擦干，带上消毒草纸和卫生带。消毒草纸和卫生带应勤换。

3. 禁止过性生活，以防止细菌进入宫腔引起感染。

4. 若高热不消退，可采取如下措施。

(1)物理降温。冷敷（或冰敷）于额部、腋窝及腹股沟部位或用33%酒精溶液擦浴，重点擦四肢。

(2)针灸降温。针刺曲池、合谷等穴位。

(3)药物降温。如ABC等药物（按使用说明服药）。一般要将体温控制在38.5℃以下，以防惊厥。

5. 注意子宫复位情况。一般产后每天子宫收缩1厘米，若收缩不良，可以口服益母草膏，每次1汤匙，每日2次。或用产复康，每次1代，每日3次，用开水冲服，可以促进子宫收缩。同时，也可每日喝1~2杯红糖水，以利子宫收缩与促进血液循环，帮助恶露排出，减少

出血。

6. 若家中备有抗生素,如复方新诺明、氟哌酸、先锋霉素Ⅳ等药物可按使用说明服用,以控制炎症。

7. 产妇因发热常有头昏,下床活动时,家人注意搀扶,防止摔倒。

8. 产妇易出汗,加之高热,容易引起虚脱和感冒,因此,应勤换内衣、内裤和注意保暖。产后四周内不能洗盆浴,可擦浴。

9. 每天室内应开窗通气,每日2次,每次15分钟,保持室内空气新鲜,但通风时注意风不应直接吹在产妇身上。

10. 产妇发热时,应多补充水分,有利于散热、排毒、降温。同时还要注意,发热时消化功能受到影响,故应吃容易消化、清淡而富有营养的流食或半流食如挂面、稀粥、藕粉等,不宜吃油腻、荤腥和刺激性的食品。

五官科急症

鼻出血

由于鼻腔局部原因(外伤、肿瘤、炎症或鼻中隔偏曲)及全身性疾病如血液病等均可引起血液从前鼻孔或后鼻孔流出,称鼻出血。

血液从前鼻孔或后鼻孔流出或前后鼻孔同时流出,亦可从一侧鼻腔经鼻咽流向另一侧鼻腔而致双侧鼻腔同时出血。少量出血时仅为涕中带血,大量出血时由两侧鼻孔同时涌出。若病人头后仰、卧床时则血液流向咽部,大部分被咽下,然后呕出,少部分由口内吐出,形成口鼻同时出血现象。严重者可出现休克,表现为面色苍白、口渴、出冷汗、焦躁不安、胸闷。

[**常见原因**]

1. 局部原因

(1)外伤:鼻中隔易出血区的粘膜薄,血管丰富、表浅,与其下的软骨紧贴,受外伤时对血管的缓冲保护作用差,血管的自行收缩能力较差,所以当出现鼻及鼻窦外伤,颅前窝和颅中窝颅底骨折、挖鼻、用力擤鼻、剧烈咳嗽、鼻腔异物均可引起鼻出血。鼻及鼻窦术后因术中

损伤小血管未愈亦可引起鼻出血。

(2)鼻中隔偏曲:因鼻中隔发育或外伤后偏离中线,向一侧或两侧鼻腔弯曲形成骨嵴、距状突。而该处粘膜薄,易受冷空气、冷风等刺激而致粘膜干燥,因血管易破裂而致出血。

(3)鼻腔炎症:急、慢性鼻炎、萎缩性鼻炎、干燥性鼻炎均可致鼻出血,但量不多。一些特异性感染如结核、梅毒、肉芽肿形成也可出现鼻出血。

(4)鼻腔、鼻窦、鼻咽部肿瘤:最容易发生鼻出血的是鼻中隔毛细血管瘤。出血性鼻息肉、鼻咽纤维血管瘤、鼻窦海绵状血管瘤、鼻腔鼻窦或鼻咽部的恶性肿瘤可由于肿瘤侵犯血管及周围组织而发生鼻出血或涕中带血丝。病人常伴鼻阻、反复单侧鼻腔出血、经常痰中带血或回吸涕中带血病史,也可出现耳鸣、听力下降等症状。

2. 全身原因

(1)急性发热性疾病或传染病。如上呼吸道感染、流行性感冒、麻疹、腮腺炎伴随高热症状,因血管发生中毒性损害,鼻腔粘膜明显充血、肿胀、变得干燥以致毛细血管破裂出血,其特点是:鼻出血发生在发热期,量较少,出血部位在鼻腔前部。

(2)高血压、动脉硬化、肝硬化、肾炎等,以及用力过猛或情绪剧烈波动有时也可引起鼻出血。其特点是病人年龄较大,多为中年以上;出血前可有一些先兆症状如头昏、头痛、鼻内血管受冲击感、血管跳动感等,出血常发生在深夜或凌晨,一般由动脉破裂引起,所以血液呈鲜红色,出血汹涌,出血常发生在单侧鼻腔,出血部位大多位于鼻腔中后部。肾炎病人易鼻出血除由于肾炎引起高血压外,血管壁受到损害及粘膜易发生炎症,也是重要因素。

(3)血液病。常见的有出血性紫癜、白血病、再生障碍性贫血、血友病等。因毛细血管壁受到损害和血液化学发生变化及凝血功能障碍而易发生鼻出血。其特点是持续不断地流血,双侧鼻腔弥漫性出血,不易制止。

(4)营养障碍及维生素类缺乏。维生素C、P、K的缺乏可致血管壁脆性和通透性增加、凝血酶原时间延长而致鼻出血。

(5)鼻位月经。即反复出现月经期鼻出血,又叫代偿性月经,可能是月经期血管及毛细血管脆性增加引起。

[家中处理]

1. 首先要安慰病人,不要过度紧张,并仔细查看是哪一侧鼻腔出血或哪一侧鼻腔首先出血。

2. 病人需安静休息,采取坐位或半坐位,并将流入咽部的血液尽量吐出,以免咽下后刺激胃部引起呕吐,加重鼻出血。另外还可估计出血量多少,必要时可服适量的镇静剂。

3. 局部止血法

(1)指压法:病人头稍向前倾,张口呼吸,然后用拇指和食指捏住鼻翼根部,使两侧鼻翼压向鼻中隔,注意不要捏在鼻尖上。一般需5～10分钟后再松开。同时用冷毛巾或冰袋冷敷后颈部及鼻根、前额部。一般少量的出血即可制止。

(2)填塞止血海绵:将明胶海绵填入出血一侧鼻腔,并将鼻翼压向鼻中隔3～5分钟。明胶海绵上可置少许云南白药药粉。

(3)棉片止血法:将浸有1%麻黄素的棉片或沾有止血粉、云南白药粉的棉片塞入鼻腔并压迫数分钟,可使出血停止。需要注意的是棉片在鼻腔内不能置时间过长,尤其是夏季,易发生鼻腔感染而致再出血。

4. 药物治疗和病因治疗

(1)降压药:若有条件给病人测血压而知血压高,在家中用药物快速控制血压,如血压过高,达200/110mmHg以上应立即送医院抢救。应注意有些病人因出血过多,可导致血压下降,此时不可认为血压已正常,而应注意病人有无休克或休克前期症状。

(2)补充维生素:常有鼻出血又不明病因的病人可予维生素C0.3～0.5克,每日3次,维生素K4毫克每日3次,维生素P20毫克每日3次。

(3)止血剂的应用:如有条件可予安络血5毫克每日3次,止血敏500毫克,肌肉注射,每日2次,立止血1单位肌肉注射每日1～2次。

5. 如果以上措施均未奏效或病人出现失血性休克前兆症状应立即送往附近医院,尤以到设有耳鼻咽喉专科的医院就诊为好,以免贻误时机,导致病情加重。

咽部、气管异物

当鱼刺、竹签等刺入咽部，或黄豆、花生米等异物误入气管时，病人出现呛咳或呼吸困难。

根据异物阻塞的部位不同，而有不同的临床表现。

1. 咽部异物　常因细小的鱼刺、竹签刺入咽部后随吞咽运动可上下活动引起咽部剧痛，尤其是空咽、吞口水时明显。病人可准确指出异物所在部位。喉咽部的异物还可引起病人有梗噎感或出现呕吐、唾液增多等症状。

2. 喉部异物　当异物进入喉内时可因反射性的喉痉挛而出现吸气性呼吸困难，并伴剧烈的刺激性咳嗽。在儿童呼吸困难及喘鸣特别明显，有时病人还出现吞咽时疼痛感、吞咽困难。若异物滞留在声门，大的异物可导致病人立即出现窒息，小的异物可出现呼吸困难、发音困难、声嘶等症状。

3. 气管异物　因异物刺激气管壁粘膜而引起剧烈呛咳、呼吸困难、气喘。有时可咯出血丝。若异物较小，可随呼吸上下活动，而致阵发性咳嗽及典型的异常呼吸声。有时在颈前可触及异物上下活动的震动感或听到拍击音。大的异物可引起呼吸困难甚至窒息。

4. 支气管异物　可出现轻度的呼吸困难或胸部不适感，仅有轻度咳嗽。

[常见原因]

1. 年龄特点　儿童尤其是1～5岁的幼儿，喜将物体或玩具放入口中玩耍，易哭、易笑闹、好跑跳，进食时边吃边玩，儿童的磨牙发育不全不能细嚼食物，咳嗽反射不健全，以上这些因素均可致气管异物。

2. 进食不当　家长给幼儿喂食不恰当的食物如瓜子、花生、豆类，或在喂食时戏逗、惊吓或打骂，以致食物呛入气道。成人进食仓促或疏忽，而将混杂在食物内的豆类、药片误咽。有时成人进食时说笑而使食物误吸入气管内。

3. 异物本身的形态特点造成　如花生、瓜子、豆类、针、钉、扣子等体积小、表面光滑、易造成气管异物。假牙托过松，进食时易发生误咽。

4. 不良习惯　有些学生写字时喜将笔帽、小橡皮含于口中，成人在工作时喜将大头针、扣子等含在嘴里，当突然说话或吸气时，易发生气管异物。

5. 不适当的治疗　儿童将异物如橡皮、珠子、纸团塞入鼻腔内或含于口中，家长钳取鼻内异物不得法，用手指伸入口内挖取异物致使异物误咽或呛入气管内。

6. 昏迷、醉酒及吞咽功能不全　在这些情况下，病人会在进食时将食物误吸入气管内。另有少部分精神病病人或企图自杀的人也可发生。

［**家中处理**］

原则上异物应尽快取出，以避免或减少并发症及窒息的机会。

1. 咽部异物绝不可用手指挖取，以免造成咽部粘膜损伤。

2. 不可用大块食物如饭团咽压异物，这样只能使异物更深的刺入咽部组织。

3. 有人主张喝醋也是不可取的，因为欲将鱼骨酸化其过程极慢，而且醋在咽部停留时间较短，不能起到软化作用。

4. 小儿食鱼时若发生鱼刺入咽，因其扁桃体肥大，鱼刺多扎在扁桃体上。让小儿张大嘴用电筒照明、筷子或其他扁平物将舌头压住，发“啊”时，较大的刺可被发现，用稍长的镊子或细头筷子可将鱼刺取出。发生在咽喉部的异物应去医院取出。

5. 异物深入气管时应立即送病人去附近专科医院急诊处理。如延误时机，病人有窒息死亡的可能。

牙　痛

牙齿由于外伤或炎症侵犯了软组织或牙髓及支配局部组织的神经引起的疼痛称牙痛，疼痛呈刀割样或闪电样等表现。

牙痛程度有强有弱，急性炎症时疼痛剧烈，急性牙髓炎时疼痛呈闪电样或刀割样；骨膜下脓肿时感局部跳痛、胀痛、咬嚼食物疼痛更甚。

［**常见原因**］

1. 急性牙髓炎　早期往往有不自主的一阵一阵的忍受不了的尖锐性疼痛，尤其是遇冷刺激后疼痛更是难忍，但是发作时间较短，每

次疼痛发作之间的间隔时间较长。后期表现为疼痛更加剧烈而且疼痛时间长，间隔时间短，如含一口冷开水或食冷食时，反而疼痛减轻。疼痛可放射至邻牙、对殆牙、面部、耳周、太阳穴周围（对殆牙指闭口时与之相对的牙齿）。发作时常常说不清楚是哪一颗牙痛，在夜间睡觉时由于体位的变化疼痛也随之而加剧，常常不能入睡或从睡眠中痛醒。深龋，就是严重的“虫牙”，不及时治疗可发展成牙髓炎，从表面上看，牙齿呈黑黄或板油色，甚至有明显的洞，患牙的牙体变色，牙外伤（一般有明显的外伤史），牙裂伤，严重磨损，补牙后填充物过高等也可引起牙髓炎症。

2. 急性根尖周围炎　有不自主的持续性的疼痛，对冷、热刺激无反应，自觉患牙伸长、浮起感，进食时疼痛不能咬东西，但紧紧咬住患牙时疼痛减轻，能明确指出患牙，疼痛较局限，叩齿（用手指或筷子轻敲患牙）时疼痛，牙龈有红肿，用手指按压牙龈疼痛明显，伴有颌下淋巴结肿大及发热等全身症状。主要是牙髓炎没有及时得到治疗，使牙髓的感染扩散到根尖周围而致，也可因外伤及治疗患牙过程中药物刺激而造成。

3. 急性牙槽脓肿　为持续性剧烈疼痛，患牙活动且有伸长感觉，下颌淋巴结、耳后淋巴结肿大，不能咬东西，饮食困难，牙龈明显肿胀，触之剧痛，2～3 天后疼痛减轻，牙龈变软，有带咸臭味的脓血物流出，若脓液穿破骨膜形成粘膜下脓肿时疼痛随之减轻；若脓液穿破粘膜或从牙龈周围得以排出，疼痛和伸长感就基本消失，牙齿活动度减轻。这主要是因为脓液在骨膜下时局部内压力大而造成的压力痛，随脓液排出压力减低，疼痛减轻或消失。病人伴有发冷、发热、周身不适等。主要原因是牙根尖周膜骨组织发炎。

4. 智齿冠周炎　一般在 18～30 岁第三磨牙萌出，智齿人们常称为尽头牙或第三大牙，也就是从门齿数第八颗牙，由于人类的进化，智齿生长常常位置不正，牙齿部分被骨组织和软组织覆盖，使智齿和第二磨牙之间或部分覆盖智齿的牙龈组织下的盲袋中容易塞入食物残渣而不易清除，当机体抵抗力下降如：口腔卫生差、感冒、女性月经期、疲劳过度、睡眠不足时易发生牙冠周围组织炎症，简称智齿冠周炎。好发于下颌智齿，开始时只是不适感，而后疼痛向耳部放射，局部红肿、咽红、咽痛、患侧嗓子周围疼痛，张口受限，重者进食吞咽困难，患侧面颊部肿胀，下颌淋巴结肿大，脓血物流出，口臭、发热等全

身症状出现。

5. 干槽症　一般在拔牙后2～3天疼痛逐渐减轻或消失并可以正常进食。若拔牙后2～3天疼痛加剧同时向耳颞部放射，口内有腥臭味，则是发生了干槽症，也就是拔除牙的牙槽窝内的感染。出现干槽是由于手术创伤较大，手术时间过长，炎症期拔牙，凝血功能障碍，术后口腔卫生差，为了怕出血而长时间的咬止血纱球（一般术后咬纱球20分钟左右吐掉即可），手术处理欠妥当，拔牙后立即漱口，加之全身抵抗力下降，如：糖尿病病人、感冒、女性月经期等。

6. 牙外伤　多发生在前牙，有的牙某一角折断缺失，有的牙劈裂成两片，此时可见新鲜牙神经暴露，疼痛难忍，任何刺激都可引起剧痛，张口呼吸时空气的出入都可感到剧烈的疼痛，还有一种情况是牙齿整个脱出口腔，伤口处出血不止。

7. 急性牙周炎及牙周脓肿　主要是慢性牙周病病人的牙周袋较深，当引流不畅时；创伤咬殆时；由牙签等物误伤时；加之身体抵抗力下降，可引起急性牙周炎。病牙的牙龈红肿明显，剧烈的跳痛，咬嚼食物、刷牙时均有少量出血。病人感觉牙齿伸长且有不同程度的活动，牙根有不同程度的暴露，咬嚼食物困难，疼痛，用手敲打病牙时有明显的疼痛。当炎症继续发展则形成牙周脓肿，牙龈更加肿胀，压之像水囊并有压痛，下颌淋巴结肿大，伴有全身不适，发热等。若不处理，脓液可从牙龈表面或牙龈间穿破，脓液得到引流，疼痛就减轻了，但是经常反复发作，并在牙龈上可见一瘘管（表面看有一小孔）。

8. 急性损伤性牙周膜炎　当吃食物时，咬了硬食物或不小心咬了小砂粒，受伤的牙齿疼痛，咬东西时加重，重者不能咬嚼食物，甚至引起牙髓炎（参见牙髓炎部分）。

9. 三叉神经痛　多发于中年，女性多于男性，多发于单侧，发作时呈突然发作的闪电样阵发性剧烈疼痛，发作时间短暂，数秒或数分钟，常常因刷牙、洗脸、说话或触摸面部某一点而发生。

10. 牙齿敏感症　患牙酸软无力，遇甜、酸、冷、热都可引起疼痛，从表面看，牙齿磨成平板状或牙齿接近牙龈的地方有一条明显的深沟。

［**家中处理**］

1. 急性牙髓炎

(1)局部处理。准备物品：尖锐针一支，小棉球若干，牙痛水。方

法：开髓就是打开牙髓腔，即牙神经所在的地方。用尖锐的粗针（或锥子）将牙洞内的食物残渣清除干净，注意操作要小心，不要用力过猛，以免使疼痛加剧，清除干净龋洞后，要迅速地刺穿洞底，立即就有脓血溢出，此刻由于牙髓腔内的压力减低，使疼痛减轻。用温热水漱口后，将准备好的小棉球把洞底擦干净，将一小棉球浸牙痛水后放在洞底。如无药物，放一个松松的小棉球在洞内即可止痛。应注意不要用患牙咬嚼食物，要吃温热松软的食物以免引起剧痛。

(2)口服药物。止痛药：止痛片芬必得。消炎药：麦迪霉素、螺旋霉素、先锋霉素等。

(3)针刺、指压穴位止痛：合谷、下关、颊车。

2. 急性根尖周围炎

(1)局部处理。开髓是最好的止痛方法。方法同急性牙髓炎局部处理。

(2)口服药物。止痛药，消炎药，解热止痛中成药（同前）。

(3)外敷。用热水袋或热毛巾外敷。

(4)休息，避免重体力劳动。

3. 急性牙槽脓肿

(1)早期可用冰袋，冰水毛巾冷敷，可使局部肿胀及疼痛减轻。

(2)口服药物。止痛药，消炎药，可配合解热镇痛中成药，如：牛黄解毒片4~6片/次一日二次。

(3)休息、随时注意体温变化。

(4)针刺、指压止痛，可选择合谷、下关、颊车、牙痛穴等。

(5)此期病人一定要密切观察，如局部变软或全身症状严重应立即去医院进行治疗。

4. 智齿冠周炎

(1)口服药物。止痛药、消炎药。

(2)局部处理。每日多次用清水或食盐水漱口，如果家中有注射器，可将针尖磨圆钝（以免刺伤牙龈）然后将食盐水吸入，将针头放在牙龈与牙之间的间隙中反复冲洗，一日三次以上。在萌出牙周围用针沾碘酚或碘甘油液涂于牙与牙龈之间，每日1~2次，特别是睡前应冲洗，涂药一次。

(3)早期应到医院进行超短波、紫外线治疗，效果较好。

(4)若病人张口困难，可用橡皮管，玻璃吸管或一次性使用的塑

料吸管，吸吮流质食物。

(5)要注意休息，平时多漱口，特别注意在餐后漱口，以保持口腔清洁。

(6)待炎症消退后，到医院拔除阻生齿，若局部已形成脓肿，触之有波动感则应立即送医院切开引流。

(7)休息，吃高营养易消化的食物，如：牛奶、酸奶、鸡蛋羹、粥、鸡汤、鱼汤等少量多餐。

5. 干槽症

(1)局部处理。用弯针头的注射器吸食盐水或双氧水冲洗伤口，用浸有盐水或双氧水的棉棒将伤口清洁干净，用棉球拭干后将消炎药粉(避免用过敏的药物)放到伤口内，上面放一松松的小棉球，防止药物流出，注意不能填塞过紧，每2～3日换药一次，表面的小棉球每日更换一次。

(2)口服药物，止痛药，消炎药。

(3)休息，注意营养。

(4)若手术伤口较大应立即去医院诊治。

6. 牙外伤

口服止痛片并用干净纱布或手帕压迫伤口止血，立即送医院处理，处理的及时与否是确保牙髓活力的关键。

若牙脱落(完整的牙)，局部应用干净纱布或棉球紧紧咬住达到压迫止血的目的，脱落牙应放入生理盐水中，最好放在水杯或水瓶内，然后带着脱落牙立即去医院看急诊。

7. 急性牙周炎及牙周脓肿

(1)注意口腔卫生。漱口，最好用盐水漱口，采用药物牙膏如洁龈牌牙膏等。每天认真刷牙。

(2)口服药。止痛药，甲硝唑0.2克一日三次。四环素0.2克一日三次，牙周宁片(遵医嘱)。

(3)针刺、指压止痛(同前)。

(4)牙周病病人应定期到医院洗牙，半年或一年一次。

(5)若牙周脓肿已形成，(触摸有波动感时)可用大粗针(缝棉被用的针最好用碘酒、酒精消毒或用火烧灼)或注射器针头，在脓肿最突出的下方将其刺破，口尽量张大，让脓液排出，切忌加较大的力挤压。

(6)休息，食流食、半流食。

8. 急性损伤性牙周膜炎

注意休息患牙，用健侧咀嚼，避免冷、热、硬食物刺激，若仍疼痛难忍，则立即到医院诊治。

9. 三叉神经痛

(1)口服药物。苯妥英钠 0.1 克/片，每次 1 片，每日三次；芬必得 1 片，痛时服；颅痛定0.03克/片，每次 1~2 片，每日三次。

(2)针刺、指压穴止痛(同前)。

(3)避免接触“扳机点”(即最敏感的可引发疼痛的区域)。

10. 牙齿敏感症

(1)平时使用脱敏牙膏(含氟)刷牙。

(2)嚼茶叶、核桃仁，可减轻症状。

(3)用大蒜瓣涂擦敏感牙表面，可使症状减轻。

(4)避免吃较硬食物，宜吃温热食物。

11. 牙痛的一般疗法及常用药物

(1)休息患侧，尽量用健侧咀嚼，家中各位成员要体贴，照顾病人，特别是病人疼痛难忍时易急躁，往往不明原因发脾气，大家应忍让，理解病人，帮助他渡过痛苦阶段。

(2)宜食软食、流食，少吃过冷、过热食物，餐后要用盐水或清水漱口，清除食物残渣，保持口腔清洁。

(3)口服药物：①止痛药。去痛片 1 片，疼痛时服，注意每次服用间隔四小时左右；芬必得(布洛芬缓释胶囊)1 粒，痛时服，注意每服一次药效持续 12 小时。②消炎药。乙酰螺旋霉素每次 0.2~0.3 克，每日 3~4 次，口服，注意个别病人有药疹、头晕、胃肠道反应。头孢氨苄胶囊(头孢菌素Ⅳ)每次 0.25~0.5 克，每日 4 次，口服，注意对青霉素过敏者慎用。头孢拉定胶囊每0.25~0.5 克，每日 3 次，口服。复方新诺明每次 2 片，一日 2 次，口服，磺胺过敏者禁用。③常用漱口水，可选择生理盐水、多贝尔漱口水、爽口液、温开水，有条件者可用复方硼砂溶液。

12. 针刺、指压常用穴位

牙痛穴：位于掌侧第三、四掌骨间横纹上一寸。合谷：手背面的第一、二掌骨中点，偏食指侧，约平第二掌骨中点处。下关：耳前方，颧弓之下，当颧弓与下颌切迹形成的凹陷处。颊车：下颌角上方一横

指,咬牙时肌肉隆起处。迎香:鼻翼旁5分,鼻唇沟中。承浆:下颌正中线,下唇缘上方,颏唇沟中央凹陷处。

用手指按压穴位可以使疼痛减轻,针灸效果更佳。

口腔颌面部损伤

口腔颌面部损伤是指口腔及面部的软、硬组织受到直接或间接的外力所造成的创伤。口腔颌面部包括口腔、眼眶的下外侧方,耳前下方、颊部(俗称两腮)、唇部、下巴及上颈部分。由于这些部位是人体的暴露部分,又是感觉器官,血管、神经密集的地方极易受到损伤、感染。

口腔及面部的受伤部位肿胀、皮肤、粘膜下淤血、青紫、疼痛、伤口边缘为整齐或不整齐的裂口,有出血、压痛、不能张口或张口困难,受伤牙松动、牙移位、牙折断、牙半脱出或完全脱出。牙齿的咬合关系不正常,也就是上下牙咬合在一起的时候,不是左侧咬不上,就是后牙能咬上而前牙却对不上刃。

口腔出血常由外伤、口腔的各种炎症、拔牙后及患有其他全身性疾病而引起。严重的面部外伤后如果出现烦躁不安,面色及四肢苍白,皮肤湿冷、鼻翼扇动、呼吸困难、恶心、呕吐、意识模糊甚至昏迷,应高度警惕有颅脑损伤的可能。平时咬到混入食物中的砂石、碎骨片、金属片、玻璃渣等硬物时,由于这种意外力量可使牙根部的血管受伤而破裂、出血,所以伤后会感到牙痛,特别是遇冷热或再咬食物时更敏感。有的用手指敲牙齿时感到疼痛,有的牙可有不同程度的活动,牙伸长感,常常伴有牙龈挫伤,撕裂伤,牙周围的软组织有淤血、血肿或渗血、大出血。

[**常见原因**]

1. 面部挫伤　主要是指皮肤下软组织损伤,而皮肤的完整性基本没有受到破坏,有的仅有表皮擦伤,表现为受伤部位周围的软组织肿胀、淤血、青紫、疼痛(或压痛)、血肿,如果受伤中心在耳前的下颌关节部位,张口受限制并疼痛,但咬合关系正常,伤及眼睛周围、眼周肿胀而不能睁眼。

2. 牙折　最常见的是上前门牙,在运动时相撞或跌倒时,牙齿面向前下,上、下牙由于外力相撞或后牙突然咬到砂石等硬物时均可能

发生牙折。当被高处坠下石块、棍棒、铁器击伤或受各种挫伤时，可造成多数牙不同程度的折断甚至粉碎性的牙折。牙折就是牙齿有不同程度的折断缺损。简单地说，牙齿分为两部分，牙冠和牙根，牙冠是指平时口腔内见到的，位于牙龈上面的部分。牙根是埋在牙槽内，位于牙龈下面的部分。牙折分为以下三种情况：

(1)冠折：显而易见的牙冠有不同程度折断缺损，牙冠若只有较小部分的缺损，往往无明显的感觉或遇冷热刺激时稍微敏感一些，牙冠若缺失 1/3 或 1/2 以上，或者发现牙齿中央隐约有粉红色或露出鲜红色时，则表明损伤已经邻近牙髓(即牙神经)或者已经伤及牙髓了。此时任何一点极其轻微的刺激都会引起剧痛，甚至不敢张口呼吸。

(2)根折：主要表现为牙齿活动，用手指按压疼痛明显，牙根折断的位置越靠近牙冠，牙齿的活动度就越大，反之若根折部位靠近根尖，牙齿活动不大明显，但咀嚼时会感到疼痛。

(3)冠根联合折断：牙齿一分为二，折断的部分活动，而另一部分仍很稳固，有的折断裂缝不大明显，但是伤牙不能进行咀嚼，伤牙疼痛，当用手指敲伤牙时疼痛更加明显。伤牙的牙龈边缘有不同程度的渗血。

3. 牙脱臼　由于外伤牙齿的位置发生了明显的改变。牙齿的移位、半脱臼、完全脱臼或嵌入深部的组织内，表现为牙冠变短或向外、向内移位；牙齿仅与周围组织极少部分相连；牙齿十分活动，严重者可使牙齿完全脱出口腔外，同时伴有牙龈及口周围软组织挫伤、撕裂、淤血、肿胀、出血及牙齿周围的骨质出现骨折。

4. 面部外伤　无论是砸伤、咬伤、裂伤或爆炸伤，挫伤，伤情不同，症状则有些相同。伤至较深的大血管时，伤部的包块会不断地增大，触及有波动感，大血肿若在舌下，咽部两侧可出现呼吸困难，甚至窒息。伤及动脉时，出血呈喷射状，色鲜红、量多。静脉出血为暗红色。较缓慢的出血为毛细血管渗血。若外伤引起骨折，骨折断端也可不断出血，血液通常被咽下而引起呕吐血块，若出血量太多，则病人出现头晕、口渴、恶心、烦躁、脉搏快而弱，面色及口唇发白，四肢潮冷，呼吸急促，这就是失血性休克的典型表现。

5. 拔牙后出血　一般在拔牙后 20 分钟将为了止血的放置伤口上的纱球吐出，此时出血基本停止，24 小时内若吐出的唾液中混有少

量淡红色的血液则是正常的。如果在拔牙后数小时内唾液中混有大量的鲜红色的血液，则为拔牙后出血。主要原因是拔牙后漱口、吸烟、吃东西不注意使血凝块脱落，也有的是因为拔牙时创伤较大、牙龈撕伤、拔牙创口内的一些肉芽组织，碎骨片等未刮除干净，牙槽窝内小血管的破裂。几天后出血，可能是血凝块感染分解等其他原因出现继发性出血。

6. 牙龈炎　口腔卫生较差，牙垢多，牙龈红肿，刷牙时出血明显，在咬馒头、水果等食物时可在食物上见血迹，口腔内有血腥味，有时感觉牙龈痒痛。

7. 牙周炎　牙龈红肿，牙根有不同程度暴露，有口臭，牙齿松动，某些牙齿经常疼痛，牙周脓肿、溢脓、渗血。

8. 牙龈瘤　常见于妊娠期妇女，两牙间的牙龈头上可见鲜红色或紫红色的肥大增生，多数有小蒂，易出血。

9. 肝脏疾病　口腔或面部受损伤后，可发生持续性出血，伴有肝大，肝功能不正常，慢性肝炎。

10. 血小板减少性紫癜　多见于儿童与青年女性，有的病人突发高热，广泛性严重皮肤出血，大片淤斑，甚至血肿，口腔内牙龈、舌尖、舌的两侧，颊部，上腭可出现血疱，血疱易破，破后形成溃疡，牙龈易出血，不易用一般方法止血，口内常有血腥臭味。

11. 白血病　此病是一种原因不明的恶性疾病。多见于青少年，发病急，有不同程度的发热，牙龈肿大而且苍白，其肿大的程度几乎将牙齿整个包住，常出现表面溃烂，渗血不止或突然发生大出血，伴有程度不同的腐败性口臭。

12. 坏血病　又称维生素C缺乏症，表现为全部牙龈肿大、红紫、压之松软，自发性出血明显，并伴有牙痛、口臭，严重者牙活动甚至脱落，鼻出血、血尿、月经过多等。

13. 高血压　有高血压病史，老年人有的有动脉硬化，在拔牙后或创伤后易出血。

14. 糖尿病　糖尿病病人可发生牙龈炎、牙周炎，严重者可有牙齿松动、牙周脓肿、拔牙后、创伤后易出血并易发生感染。

15. 尿毒症　尿毒症病人机体抵抗力低，口腔有异味，牙龈易出血。

16. 妇女经期　有牙周病史的病人在此期间易出血，经期拔牙、

外伤时也易发生出血。

［家中处理］

1. 面部挫伤

(1)在伤后24小时内用冷水毛巾、冰袋或用两层塑料袋装上几块冰块冷敷于伤口，以达到止血的目的。24小时后应热敷，方法是用热水袋、热水瓶子或红外线灯。冷热敷时应注意用毛巾保护皮肤，应注意间断做冷或热敷，以避免引起冻伤或烫伤。

(2)如果下颌关节挫伤，可在两侧后牙各放一块厚度2～3mm的橡皮垫(用橡皮塞子和橡皮擦均可代替)，再用弹性绷带或用宽约7cm(2寸)的松紧腰带将下巴向头顶上吊紧。在包扎或用弹性腰带时应避免太松，但在两周后必须注意进行张口训练，以局部按摩、理疗辅助治疗，逐渐恢复正常的张口功能。如家中备有“好得快”、“理通”等喷雾药剂可喷洒于局部，但应注意保护眼睛，皮肤有擦伤或伤口不洁不要使用这类药物。

(3)如牙挫伤，应在1～2周内不要使用受伤牙齿咀嚼食物，不吃较硬的食物，不喝太冷、太热的水或饮料，吃温热和松软易消化的食物为宜。用温水刷牙、漱口。

(4)口服云南白药。

(5)活血化瘀中药需在受伤24小时后方可服用。

2. 牙折　牙折的程度不同，治疗的方法也不同，牙齿只有较小部分的折断者，可用大蒜瓣涂擦表面，用脱敏牙膏刷牙，也可嚼茶叶或核桃仁，不要用伤牙咀嚼食物。若牙折缺损较大或出现冠根联合折断者，应去医院治疗。

3. 牙脱臼　牙齿嵌入组织内或半脱位时可用手将伤牙拉出来回到原来的位置，但是如果拉出很费力，千万不要强行拉出，用缝衣服的尼龙线，最好用双股或三股，先将线穿过伤牙左侧(或从右侧开始)相邻的第一或第二颗健康牙的牙缝，把两根线交叉或打一个结，然后将线的一端绕到伤牙的舌侧；从另一侧牙缝中拉出，交叉后，再将前面的线绕到下一个牙的舌侧，最后在右侧的健康牙靠牙缝的地方打结固定，结扎的结和交叉点一定要拉紧，否则达不到固定的目的。固定时间为3～4周。若脱位牙掉到地上或不干净，可用自来水冲洗干净，然后将其浸放在牛奶、生理盐水或自来水杯子里。注意完全脱位牙一定不要让其干燥也不要用酒精擦洗或浸泡，如若条件不好也可

以将脱落牙含在舌下立即到医院诊治。

儿童的乳牙外伤，最多见是上前牙。若牙冠入组织 1/3 或 2/3，牙龈出血可用纱球或棉球压迫止血。牙齿可暂不处理，口服消炎药，不要用伤牙咬食物，等待再萌出。对伤牙要注意观察，如果影响换牙或有感染，应及时去医院处理。

4. 口腔颌面部外伤的急救　口腔颌面部与颅底紧密相连，血运丰富，有许多自然的腔窦，如：口腔、鼻腔、上颌窦等，存有许多病原菌，容易感染。口腔、鼻腔是呼吸、进食的入口，颌面部具有呼吸、咀嚼、吞咽、语言、表情等重要功能，外伤后处理不当，会造成严重的不良后果。由于有以上特点发生损伤后，常有窒息、出血、休克及颅脑损伤等危急情况，遇到这些情况，要冷静地判断给予适当的处理。

(1)防止窒息：窒息系指因受伤后吞咽反射、咳嗽反射减弱或消失，而出现呼吸困难，多由口腔内分泌物、血液、呕吐物、碎骨片、牙齿(或假牙)、撕裂的口腔内组织阻塞或吸入气管所引起；也可因为下颌骨骨折、舌后坠堵塞咽腔所引起；舌的下方、咽部两侧、舌根部的血肿、水肿可压迫气道产生呼吸道狭窄而发生窒息。另外口咽内的烧伤、烫伤(如喝下强碱、强酸性药物)或吸入火焰，可使口咽部水肿而引起狭窄等发生窒息。无论哪种情况引起的呼吸困难都应按下述方法急救。

①将伤者的头偏向一侧，用手指清除口腔和咽部的血块、牙齿、碎骨片等异物，用塑料管吸出口中的血液。特别提出的是假牙，若假牙未折断也要将其取下，以免发生意外。

②舌头后坠，将舌头拉出，用大别针穿过距舌尖 2 厘米的地方，将别针的另一头用几股粗的尼龙线(缝衣线)固定在衣服扣或扣眼上。

③上颌骨(上腭)或软腭因骨折撕裂而下垂，可将一根竹筷横放在上颌后牙处，再用绷带或围巾、布条在额头上缠绕 1～2 圈，把竹筷两头栓上布条或线绳然后固定在头部的绷带上，使下垂的上腭往上托起，以保持呼吸道通畅。

(2)止血

①加压包扎法：适于面部及头皮等处的出血，可用干净纱布或药棉、手帕等盖在出血处，再用绷带或长布条包扎，尽量紧一些，但不要影响气道的通畅。

②填塞法：适于面部、颈部裂开、穿通性（称开放性损伤）伤口，用干净的布类及棉花填入伤口内，外面再加压包扎，特别是颈部、舌下伤口填塞加压时，注意保持呼吸道通畅。鼻出血时不要盲目去填塞，如果有颅底骨折发生脑脊液鼻漏时，鼻腔流出的血液常较淡且不易凝结。如果搞不清楚是否有脑脊液，可将流出的鼻血滴在吸水纸或纱布上，很快发现血迹的周围有一圈似被水湿润过的粉红色环形红晕，即可确定鼻血中混有脑脊液。但此时千万不要用任何东西填塞鼻孔，以免产生脑内感染等严重并发症，不要用力擤鼻涕、咳嗽，打喷嚏。急救时，尽量止血及覆盖暴露的伤口，减少感染的机会，尽快送医院处理，若路程远，有冰袋可放置加压包扎外侧，促进止血。

(3)休克：主要是创伤性休克和失血性休克，必须立即送医院抢救，转送途中应注意保暖、输液、止痛，不可盲目给镇静剂。

(4)伤口和组织的保护：颌面部血管丰富，虽然出血多，但抗感染力也较身体其他部位强。一般在 48 小时内，伤口无明显感染都可以缝合。眼睑（即眼皮）、耳、鼻、唇、舌等处的撕裂伤或有大部分离体组织，应将组织尽量保留，离体组织可用大量清水冲洗干净，切勿用酒精及其他消毒液“消毒”，冲洗干净后将离体组织放在生理盐水或抗生素水里，若无条件也可用干净的湿布包住组织，立即送医院处理，在伤后 6 小时内可将离体组织缝回原处。伤口大者需注射破伤风抗毒素血清 1500 国际单位。

(5)面部烧伤的处理

热水、热气、火焰、热油等烫伤：轻度的用牙膏、食用菜油、芝麻油涂于表面，若有水疱，应皮肤消毒后用消毒的针穿过水疱，放出疱中液体，水疱的皮是最好的保护敷料。若水疱皮脱落，可在表面涂上薄薄的一层眼膏或凡士林膏，千万不要涂龙胆紫等染料药物。儿童可用 1～2 层纱布覆盖伤处，每天换药 2 次，口服止痛药、消炎药，若严重的烧伤应去医院处理。

强酸、强碱烧伤：立即用大量的清水冲洗以稀释其浓度，若是石灰烧伤，注意先将石灰清除干净再用清水冲洗，防止石灰遇水产生热，加重对组织的烧伤，然后蘸干，即去医院做进一步的处理。

(6)外伤后的饮食及护理：①根据伤情选用普通食物，软食、半流质（鸡蛋羹、粥、面糊等）。流质（牛奶、豆浆等），少食多餐，一日 5～6 顿，食物应富有营养易消化，以利于伤口愈合。②口腔内伤较严重的

需要喂食,可用小勺喂食,也可用小壶,在小壶嘴上套一根橡皮管或塑料管,管子的另一头放入口中(舌头上),缓慢地喂入。要耐心、细心、顺其吞咽节奏慢慢喂入,还应注意掌握好食物的冷热。③头面部外伤后只要无颅脑损伤,最好是半卧位,以减少出血、利于咳嗽和吐出分泌物,避免肺部感染。④保持口腔的清洁是极其重要的。口腔内有伤口,伤者有的不能清洁,除了每顿饭后、睡前要清洁,有的在两顿饭之间再进行一次清洁口腔。方法是用棉棍蘸上盐水或3%双氧水先将牙、牙龈上的食物残渣、伤口周围的脱落物及舌背上厚苔擦洗干净,再用大量的盐水、漱口水或温水冲洗,冲洗是最好的方法。用大的注射器即可,将伤者胸前围一张塑料布,端上一个小盆接水。若嘴里有明显的臭味,可用3%的双氧水冲洗,再用白开水冲洗,平时应多饮水。

5. 拔牙后出血

(1)局部处理:把止血粉、云南白药或明胶海绵放在纱球或棉球上压在出血的地方,然后咬紧之,20分钟后方能止血。

(2)感染后出血:抗炎治疗。

(3)拔牙后压迫止血15~20分钟即可,不要过长,过长反而能引起出血,拔牙后24小时内要进偏冷食物。不要漱口、刷牙,24小时后刷牙时应注意避开创面。不要吸烟,因吸烟使口腔温度升高,血液循环加快,易出血。不要用舌舔或吸吮伤口,因血没凝固就被吸吮掉了,易出血不止。拔牙后用冰块装入塑料袋中,有冰袋更好,间断性地冷敷在拔牙部位相应的面部,可以帮助止血。

(4)拔牙创口过大或伤口没处理好,若不就医是很难止血的,固必须及时去除骨片、血块等或缝合牙龈方可奏效。应立即去医院治疗。

(5)智齿拔除后呈喷射性出血,局部应用干净纱球或棉球咬紧立即去医院。

6. 牙周病(牙龈炎、牙周炎)

(1)清洁口腔,每日刷牙2~3次,最好每餐后刷牙,不要怕刷牙出血,吃食物后均漱口或喝白水。

(2)口服药物。牙周宁每次2片,每日三次,维生素C2片,每日三次,甲硝唑每次0.2克,每日三次,长期服用应在餐时服,以减少对胃的刺激。

(3)局部用药。有牙垢者最好去医院做洁治(洗牙),坚持每日用双氧水冲洗牙龈与牙齿连接处,再用清水漱口数次,用细针蘸碘甘油涂在牙龈缘处。

(4)按摩。将双手洗净张口,两食指分别放在唇侧两门齿的根部,向两边做螺旋运动直至无牙根区为止;而后,双手拇指放在上腭两门齿根部向口外做施压推移,由门齿至无牙根区反复几次,下颌牙周按摩唇侧用拇指,舌侧用食指,方法同上颌牙周按摩,做完后立即漱口,每日二次,效果较好。

(5)上、下竖着刷牙,切忌横刷,正确认真的刷牙对口腔来说是较好的按摩,先左后右先上后下,先唇面再咬合面,后舌面,反复刷3~5分钟,不要使太大的力刷牙,每日刷2~3次,餐后漱口。晚上刷牙比早晨刷牙更重要,因为口腔中的温湿度适宜细菌生长,加之夜间睡眠口腔处于静止状态,若不刷牙,食物残渣就会在口内发生一系列变化,使龋病(虫牙)、牙周病及感染等疾病加重。

(6)有些人由于牙齿排列不整齐或随年龄增大牙龈萎缩牙间隙较大,吃东西后食物容易嵌塞,人们一般用牙签剔牙,牙周病病人在使用牙签时,最好能对着镜子,选用木制无毛刺牙签,切忌用金属棒及火柴棒代替。因为硬及有毛刺的牙签都会因触及牙龈而引起牙龈出血,使感染加重,另一方面,使用时应沿牙与牙的间隙向口腔中心方向移动,角度要适当,以既不伤牙龈,又能清除食物残渣为宜。随着牙线的上市,使人们更方便于携带,作用与牙签相同。牙线的使用方法:两手食、中指绷线,将其压入牙缝中,做上下拉锯运动,使食物被剔出。

(7)牙膏的选用。目前市场上牙膏种类繁多,一般选用个人喜欢的香型牙膏,牙周病人最好选用药物性牙膏,如:洁龈牙膏,两面针牙膏等,药物牙膏可辅助治疗牙周病,另外,刷牙时用淡盐水为佳,既简便又能治病爽口。

(8)若牙齿有松动应及早去医院就诊。

(9)假牙不合适者应及早去医院将假牙修理或更换新的假牙。

红　眼

红眼是眼部发红的统称,它包括眼睑红、眼球红等,是眼部炎症

的体征，也是最常见眼部疾病表现之一。

［常见原因］

1. 眼皮红

(1)麦粒肿：俗称针眼，是由细菌引起的化脓性炎症，内麦粒肿是睑板腺发炎，外麦粒肿为毛囊炎症，开始自觉眼皮不舒服，次日发现眼睑红肿，不敢碰，疼痛，可见有脓头或可见破溃。

(2)睑缘炎：是由于细菌感染或局部慢性刺激所引起，眼睑皮肤胀、发红、粗糙，有发痒的感觉或眼角奇痒；有鳞屑脱落或破溃，睫毛脱失睑缘有痂皮。

(3)慢性泪囊：是泪囊区的慢性炎症，自睑内下方局部红肿，疼痛不明显，挤压时有脓性分泌物从泪小点流出。

(4)皮疹：多见湿疹、带状疱疹及单纯疱疹，局部发红肿胀，有红色皮疹，伴有酸痛或痒感，可出现水疱、结痂等。

(5)皮肤过敏：由于对食物、药品或局部化妆品、洗发水等化学药品过敏引起，一般有接触后出现局部红肿发痒，可起小斑丘疹。

(6)眶蜂窝组织炎：多由鼻窦炎及邻近组织炎症所引起，眼睑明显红肿，眼球突出，不能转动，眶压升高，头痛，视力下降，体温升高等全身中毒症状。

(7)眶骨膜炎：多见于眶附近组织炎症的蔓延，表现为眼睑肿胀、发红酸痛，夜间可放射至眉部，可出现眼球运动受限。

2. 眼球红

(1)局部刺激：多由于肥皂水、洗发水及油烟等刺激引起眼球发红，主要是球结膜充血。

(2)结膜下出血：多在有动脉硬化高血压等全身病基础上，由于过度疲劳、情绪激动、饮酒、用目过度、咳嗽及大便干燥等诱因，结膜下毛细血管破裂引起，大多无自觉症状，由别人或自己照镜子时发现结膜下出血眼球发红，无其他异常。一般不影响视力。

(3)急性结膜炎：多为细菌、病毒、真菌及其他物理化学因素刺激引起结膜急性炎症，眼结膜充血发红；磨痛，畏光有分泌物。

(4)巩膜炎：是一种与全身免疫功能有关的疾病，病情缓慢、易复发，自觉症状不明显，眼睛局部结膜及结下巩膜充血发红，眼球可有局部压痛，对视力无大影响。

［家中处理］

1. 眼皮红

(1)眼睑皮肤的红肿多为炎症故积极抗炎治疗，可局部使用抗生素。如氯霉素、庆大霉素眼药水及红霉素眼药膏，也可以口服抗生素。

(2)已有脓肿形成的病灶要及时切开引流消除病灶。

(3)早期炎症在用药同时可以热敷，加速炎症消退。

(4)对于皮疹和过敏：首先脱离过敏源，同时服扑尔敏等抗过敏药。局部可点抗生素和强的松龙眼药水。皮疹可看皮肤科以局部用药为主。

(5)对慢性泪囊炎和麦粒肿后形成的肉芽肿可到医院进行手术治疗。

2. 眼球红

(1)局部刺激一般不需特殊处理可自行恢复，一般不影响视力。

(2)结膜下出血：①一般在1～2周内多数出血可自行吸收，为防止感染可局部点抗生素眼药。②如果有进行性出血可服用云南白药等止血，并到医院进一步就诊。

(3)急性结膜炎：①有一定传染性，患病后，要注意毛巾、脸盆的隔离。②主要以局部点滴抗生素眼药水或眼药膏为主。一般眼药水每天5～6次，眼药膏每晚一次，症状可逐渐消退，不影响视力。③如分泌物过多可先用生理盐水清洗干净再上眼药水。④结膜炎不能热敷，可以冷敷。

(4)巩膜炎：以局部使用强的松龙为主，一般用1%～0.5%强的松龙每天4～5次，常规点抗生素眼药水，病情严重可口服消炎痛等药物。

突发性视力下降

病人自觉视物模糊不清，可出现一过性黑矇，重者可视力急骤下降或进行性下降，是眼病最常见的症状之一。

[**常见原因**]

1. 一过性黑矇

(1)体位性低血压：是由于身体的体位突然改变如蹲或坐一段时间突然站立等而引起，发生一过性眼前发黑，片刻视力可恢复正常。

(2)视网膜动脉痉挛:是由于全身心血管病、视网膜病变或中毒等引起,常与脑动脉痉挛同时发病,一般先头痛而后视物不见,眼前发黑,很快恢复正常。

(3)脑缺血:是由于各种原因引起短时间大脑供血障碍所致,常同时发生一过性意识丧失见于无脉症、尿毒症等。

(4)颅内压升高:是由于颅内占位性病变或原因不明的颅压升高引起,多有头痛、恶心或一过性视物不见及视力下降。

(5)其他:无器质病变的癔病,诈盲,强烈的精神刺激,过度疲劳或饥饿,潜水病及一氧化碳中毒等。

2. 视力急骤下降

(1)视网膜中央动脉阻塞:多由于视网膜中央动脉的栓塞或闭塞所致。病变发生在中央动脉干可自觉突然视力丧失,发生在分支可以有视力部分下降,同时有相应的视野看不见。

(2)视网膜中央静脉阻塞:多由于动脉硬化、高血压、糖尿病等全身疾病和眼部视网膜静脉周围炎及视盘血管炎等引起,此时血液粘稠度增加,血管壁条件差,病人自觉视力极度下降。

(3)视网膜静脉周围炎:本病多见青壮年,其原因多种,可能与结核杆菌的感染有关,多认为是自身免疫反应引起的血管性病变。病人自觉视力突然急骤下降。

(4)黄斑出血、破孔:本病由于各种黄斑部的疾病,外伤及高度近视所引起,自觉眼前有黑点遮挡,中心视力下降,同时可伴有视物变形视野有中心暗点,视网膜黄斑区可见出血破孔。

(5)视网膜脱离:多由于高度近视、外伤及其他增殖性视网膜病变和渗出性视网膜病变所引起,自觉视力突然下降,上半部分或下半部分视物不见,视网膜呈青灰色隆起,可见破孔。

(6)视神经炎:由于局部的炎症,全身疾病(多发性硬化、脑膜炎等),中毒(烟中毒、奎宁等)引起,视力突然极度下降,可伴有头痛,眼球转动痛,视乳头水肿,瞳孔散大,视野有中心暗点。

(7)闭角型青光眼急性发作:由于情绪紧张,用眼过度等因素而引起眼压升高,病人自觉视力急骤下降,眼球剧烈胀痛,同时伴有头痛恶心呕吐等,眼压升高、角膜水肿、瞳孔散大结膜发红充血。

3. 进行性视力下降

(1)角膜炎:由于各种细菌、霉菌及病毒所引起的角膜炎症。病

人自觉视力下降，眼睛怕光流泪，眼疼痛不敢睁开，结膜充血发红，角膜有黄白混浊水肿，荧光素着色，可有前房积脓，可形成角膜白斑。

(2)虹膜睫状体炎：由于感染、免疫因素、中毒、内眼手术及外伤后均可引起发病。病人自觉视力进行性下降，眼球疼痛，畏光流泪，结膜充血发红，瞳孔缩小。

(3)全葡萄膜炎：自觉视力明显下降，眼前有闪光感觉，可出现视物变形。

(4)眼内炎：多由于眼外伤、内眼手术及角膜炎穿孔使细菌进入眼内感染所致，自觉视物不见，眼球疼痛明显加重，结膜充血明显，眼球运动受限。

(5)慢性闭角型和开角型青光眼：在急性期过后，没有急性发作以前或眼压升高药物等控制不满意，而出现视力不断下降，经常眼球胀痛、头痛、虹视等症状，眼压升高。

(6)白内障：由于各种因素所引起晶体混浊。最常见是老年性白内障，也有外伤性、糖尿病及先天性白内障。一般多见于老年人，自觉视力逐渐下降，视物模糊不清。晶体不同程度混浊。

(7)中心性视网膜病变：主要以感冒、过度疲劳、用眼过度及情绪波动为诱因发病，病人自觉中心视力下降，视物中央有黑影遮挡，视物变形，周边视物清楚。视网膜黄斑中心反射消失，有水肿、出血及渗出等病灶，视野可出现中心暗点。

(8)视网膜色素变性：为家族遗传性疾病，多在青少年时发现症状，视力进行性下降、夜盲、视野缩小呈管视。

(9)黄斑变性：本病为黄斑区的一种退行性变。有先天的，也有老年性的；自觉中心视力下降，可出现视物变形。

(10)近视眼：本病属屈光不正，本病特点是远视力不断下降，近视力正常，喜欢近距离阅读或看电视等，偶有眼球酸胀感，易疲劳。

(11)视网膜母细胞瘤：是先天性高度发育的恶性肿瘤，多见于3岁以下婴幼儿，大多数为家长发现患儿瞳孔已呈黄白色或幼儿视力极差。可出现眼压升高，眼球突出等症状，最后可导致全身转移病灶。

(12)缺血性视乳头病变：是由于视乳头局部血管灌注不足，或眼内压偏高所致。一般多有全身心血管疾病，视力下降，上方或下方有黑影遮挡。

［家中处理］

1. 一过性黑矇

(1)一般多数不需处理，发病后很快恢复正常视力。

(2)对有黑矇出现的人要注意除去发病的因素。蹲坐时间长，站立时应该慢不要动作太快。不要过劳及饥饿。冬季室内生火取暖做到通风，避免精神刺激等。

(3)如果频繁出现黑矇，或恢复时间延长，需到医院进行眼部及全身体格检查，防止病情发展。

2. 视力急骤下降

应争分夺秒紧急抢救，挽救病人视力。

(1)视网膜中央动脉阻塞：①局部及全身使用血管扩张剂。立刻用手帕夹好，捏碎，盖住口吸入亚硝酸异戊酯(0.2 毫升/支)；舌下含硝酸甘油片(0.3～0.6 毫克)。②降低眼压改善视网膜血供。可以按摩眼球，局部点滴降眼压眼药水(0.5%噻吗酰胺等)及口服降眼压药(醋氮酰胺 250 毫克，每日 2 次)。③一般治疗。口服维生素类药，中成药活血化瘀。

(2)视网膜中央静脉阻塞及视网膜静脉周围炎：①出血者静卧休息，口服止血药(云南白药等)，口服碘化钾、地巴唑等促进出血吸收。②有新生血管出现可到医院用激光封闭治疗，防止再出血。③有增殖性视网膜病变要行玻璃体切割手术治疗，需到医院及时就诊。

(3)黄斑出血及破孔：①对出血者可服用止血药，同时服用促进出血吸收的药，要注意眼部休息，以避免再次出血。②破孔可在医生观察下随诊，有变化考虑进一步治疗。

(4)视网膜脱离、视神经炎、青光眼急性发作均需去医院就诊。

3. 进行性视力下降

(1)角膜炎：①病毒性最为常见，治疗主要以局部点抗病毒眼药水，疱疹净每天 4～6 次；无环鸟苷每小时 1 次，夜里加用油膏。一般不使用局部激素治疗。②细菌性的角膜炎要局部点抗生素眼药水，氯霉素每天 4～6 次；庆大霉素每天 4～6 次；夜里加用红霉素或金霉素眼膏；严重的可口服或肌注抗生素。③霉菌角膜炎用二性霉素 B 局部点每小时 1 次或用制霉菌素点眼每小时 1 次，并到眼科进行治疗。④对于角膜炎治疗采用支持疗法，服用维生素 C 等，同时对炎症反应重的已累及前房内可用阿托品散瞳，要求在医师指导下进行。

⑤角膜炎治疗局部点激素要慎重，在医生指导下进行使用。

(2)虹膜睫状体炎与全葡萄膜炎，应去医院治疗。

(3)眼内炎：使用抗生素，局部可以点0.3%庆大霉素等2小时1次，或去医院进行结膜下注射抗生素，玻璃体球内注射抗生素和激素，全身口服或静脉用抗生素。

(4)青光眼：应在医生指导下进行下列治疗。①药物治疗：可用缩瞳剂2%毛果云香碱每日4～5次，1.5%塞吗酰胺每日2次；1%肾上腺素每日2～4次。一般不加口服降压药常规使用。②对于用药后眼压控制不满意，视力和视野有进行性损害，可考虑手术治疗或激光治疗。

(5)白内障：白内障通常需手术治疗才能根治，在白内障手术以前可以使用白内停、障眼明及卡他林等药物控制进展。

(6)中心性视网膜病变与黄斑变性：一般应注意休息，去除病因，以免治愈后复发。应用血管扩张剂改善网膜黄斑区的微循环如复方丹参片、维脑路通、路丁及维生素C等综合治疗。

(7)视网膜色素变性及近视眼：①色素变性目前尚无特效疗法。一般应用血管扩张剂、维生素、组织疗法及中医中药。②近视眼一般可经验光配镜矫正视力至正常，也可用激光(在600度以内)或手术治疗近视，对儿童的近视要每年复查及时调节度数以更换眼镜。

(8)视网膜母细胞瘤：一般预后不良、愈早治疗愈好。一般一经确诊应尽早手术做眼球摘除，术后可行化疗或放疗。尽早尽快治疗可挽救生命。

眼外伤

眼部由于异物、撞击、化学性物质如酸、碱烧伤、热力烧伤、辐射性照射引起的损伤称眼外伤。

[**常见原因**]

1. 眼球异物伤

(1)表面异物伤：多见于结膜及角膜表面，由于砂粒、煤渣、铁屑、谷壳及麦芒等引起，异物进入眼内后自觉摩擦感，刺痛，不敢睁眼睛，角膜或结膜表面有异物存留，可造成结膜充血、角膜擦伤。

(2)眼球壁异物：异物嵌于角膜及巩膜壁上，受伤眼疼痛，视力下

降，不敢睁眼。

(3)球内异物：异物进入眼内造成眼球穿通伤，一般异物分金属性与非金属性。病人觉眼球疼痛、不敢睁眼，有液体流出，有出血，眼球有穿通伤口，并有异物存留。

(4)眶内异物：一般异物经过眼睑或周围皮肤进入眶内，多见汽枪子弹或爆炸伤，伤后病人无明显症状，只有经医院X线检查才能发现异物在球外眶内。

2. 眼钝挫伤

眼钝挫伤多为眼部受工具、树枝、石块、拳头及球类等物体打击或高压气体和液体冲击等所致。

(1)眼眶挫伤：常引起眶内出血或眶骨骨折，眼眶疼痛，可有皮下淤血(双侧提示颅底骨折)；皮下气肿出现捻发音(提示鼻窦受累)；也可伴有视力丧失(提示视神经孔骨折)。

(2)眼睑挫伤：伤后眼睑可出现青紫红肿，出血，重者可导致深部组织损伤及上睑下垂。

(3)眼球挫伤：

①结膜挫伤：常见结膜下出血、充血发红，水肿或结膜表面有缺损及破裂。

②角膜挫伤：一般表现为视力下降、疼痛怕光流泪，充血发红，角膜水肿及上皮擦伤。

③虹膜睫状体挫伤：伤后发现瞳孔散大，瞳孔呈“D”型或半月状间隙，严重时出现复视。

④晶体挫伤：可造成晶体的脱位或半脱位，晶体部分或全部混浊。

⑤脉络膜挫伤：脉络膜的破裂、玻璃体出血、出现视力下降或视物不见。

⑥视网膜挫伤：视力下降、视网膜水肿，出血，严重的视网膜脱离。

⑦视神经挫伤：由于视神经在骨管内段受到额部、眉弓部外伤冲击或骨折碎片的损伤而引起，自觉伤后视力下降或丧失，瞳孔散大，瞳孔直接光反射消失，间接光反射存在。

3. 眼球穿通伤　眼球被锐器刺破或异物碎片击穿所致，多发生在眼前部角膜或巩膜，主要表现为伤后视力锐减，角膜或结膜、巩膜

有穿通伤口，眼球疼痛。

4. 其他眼外伤

(1)化学性眼外伤：主要指酸碱烧伤。

酸性烧伤：多属气体液体和固体无机酸（如硫酸、盐酸及硝酸等）。烧伤可引出组织蛋白凝固坏死，这种凝固蛋白不溶于水，故能阻止酸性物质的继续渗透，所以烧伤后可停止发展。

碱性烧伤：多为碱性物质（如氢氧化钠、石灰及氨水等）。烧伤后碱与组织接触起皂化作用；与组织蛋白结合产生可溶性化合物，双重作用可以破坏角膜上皮组织的外膜使其渗透侵入角膜深层及球内组织，故烧伤后为进展性病变，预后差。

化学性烧伤后病人自觉视力不同程度下降，眼球疼痛，畏光流泪，不敢睁眼，眼睑发红，用药后数日可恢复，严重时可引起眼球组织糜烂，睑球粘连。

(2)热力烧伤：指烟花、火器、铁水及沸水等引起，病人表现不敢睁眼、疼痛，结膜充血。

(3)辐射性眼外伤紫外线损伤：由于紫外线照射引起角膜结膜等损伤。如长期在雪山、沙漠工作引起雪盲；电焊光引起的电光性眼炎。

日蚀伤：看强烈日光时，光线集中在黄斑上产生黄斑组织损伤，多见于青少年，看完日光后自觉眼前中央有小暗点，中心视力减退，可出现视物变形。

[家中处理]

1. 眼球异物伤

(1)表面异物伤时，可首先用生理盐水冲洗，或用无菌棉签擦掉。

(2)爆炸伤后的大量角膜异物、眼球壁异物、球内异物均应及时将病人送医院急救。

(3)不影响视力的眶内异物可不作特殊处理，进行随诊观察。

2. 眼钝挫伤

(1)眼眶挫伤应急送病人去医院治疗。

(2)眼睑挫伤时红肿早期可以冷敷，1～2日后改为热敷，可促进红肿吸收。口服抗炎药物可促进炎症消退。

(3)结膜挫伤：①一般少量出血可自行吸收，同时局部点滴抗生素眼药水。②如有较重缺损应到医院做粘膜移植修补术，防止睑球

粘连。

(4)角膜上皮擦伤时,应局部涂油膏将患眼遮盖,一般24小时即可愈合,角膜水肿明显者可用50%葡萄糖高渗液滴眼。

(5)虹膜睫状体挫伤:①瞳孔散大、变形时可用黑眼镜避光。②前房出血者双眼遮盖半卧位休息并需到医院进行治疗。③如出现复视,应即到医院治疗。④局部用抗生素及降眼压药物,防止继发性青光眼。

(6)晶体损伤、视网膜及脉络膜挫伤、视神经挫伤时均需到医院急诊。

3. 眼球穿通伤　应立即送专科医院治疗。

4. 其他眼外伤

(1)化学性眼外伤:①应现场抢救,彻底冲洗眼部,就近取水。最好将面部浸入脸盆内,反复作瞬目及眼球转动动作,不急于送往医院。②到医院后作进一步冲洗,洗干净后可点滴抗生素及角膜营养药水。

(2)热力烧伤,可局部点滴抗生素眼药水和眼膏。

(3)辐射性眼外伤:①对辐射伤要加强劳动防护,配戴蓝色或黑色的防护眼镜,以防红外线或紫外线对眼组织的损伤。②对日蚀伤,除戴镜防护外,可口服强的松、血管扩张剂治疗。

环境急症

溺　水

溺水指落水者呼吸道及肺部被水堵塞引起严重缺氧、窒息、呼吸停止、昏迷,但脉搏尚存。

溺水和溺死有区别,溺水指受害者从水中拉出,尚可扪到脉搏,而溺死者是指从水中捞出的受害者,已扪不到脉搏,但他落入水中时间很短(旁观者可证明),仅3~5分钟。这种溺死者还可以抢救。

[**现场处理**]

在专业救护人员到来前,可先进行抢救。

1. 尽快让溺水者肺内吸入的水自然流出。可将溺水者俯伏在抢救人的肩口，抢救人站立，来回颠着走动2～3分钟。

2. 放平溺水者在平地上，如仍无呼吸，而脉搏亦已摸不到，立即开始“基础生命支持”(见“电击”部分)。

3. 如呼吸仍未恢复，脉搏可摸到，但很微弱，可进行口对口呼气，直至专业急救人员赶到。

4. 不论是在淡水游泳池中或海边游泳场中，溺水者体内电解质变化并不明显(一般在30～60分钟内不会有明显变化)。但如已吸入相当量的水，就可以引起低氧血症。应由救护队立即用机械供氧。

5. 如在家中浴缸中发生溺水(多为小孩)。可如游泳池中溺水者一样紧急处理，一面打急救电话(120)，请急救站来抢救。

电　击

电击是由于强度较大的电流直接接触人体并通过人的组织细胞，伤及器官使它们的功能发生障碍造成人身伤亡。通常是在不慎接触漏电的家用电器，特别是它们的开关，或误触断裂的通电线路，人们称为触电。而电击常常指在雨天，旷野中被雷电击中所致伤亡。这两种情况的病理过程是一致的。

电击致伤程度和电流强度、电振荡频率、电压高低、电流接触时间长短、电流经过人体途径等有关。我国家用电的电压为220V(国外有的是110V)都足以致人伤亡。雷电的电流可高达5000～200000A，电压可达数百万伏；被击中的人畜大都表现为严重烧灼伤和死亡。

家电触电如时间短，被触电的人反应快，立即自动断离开关，只觉一阵麻感(仅在接触部位)。如接触电流者反应慢，可以引起呼吸和心跳骤停，虽表现为死亡，但并不是不可挽救的死亡，医学上称为“临床死亡”，如抢救及时和得法，完全可以救活。

[常见原因]

前面已提到电击致人伤害程度与电流强度(用安培“A”表示)、电震荡频率(用赫兹“Hz”表示)和电压(用伏特“V”表示)高低等有密切关系。

1. 家用电的振荡频率　家用电的电振荡频率为50～60Hz，即使

电压低于 220V，甚至仅有 60V，也可致人死亡。因为足以引起心脏的心室纤维颤动，此时心脏已不能排出血液，等于停止搏动，触电者立即摔倒，深度昏迷，呼吸也停止。

2. 电压高低对人的伤害也有密切关系　如电压在 24V 以下，对人是安全的，高于 40V 就可能有危险。当然如为 110～220V 电压的电流对人危险性就更大。

3. 电压过高　电压高过 1000V 以上的高压电，除了可停止人的呼吸和心脏搏动，还可以在电流进口处和出口处，以及电流经过的人体组织发生烧灼现象。

［**家中处理**］

1. 立即切断接触的电源，切不可用手去拉开触电的人离开漏电的电器或开关，因为这样会使电流经触电的人体流到救他的人体中，发生第二个被电击者。要用绝缘的木棍或扫帚把、竹竿、椅背等，用力将电源与接触的人分离开。如家中人多，另一人应立即将电源电闸拉开。

2. 触电的人如心跳、呼吸已停，应立即对其进行“基础生命支持”。方法如下：

(1)将触电的人放平，仰卧在地板上，并将其头部后仰。

(2)跪在病人右侧身旁，解开其上衣，露出前胸。

(3)用右手的食、中二指并着，沿病人的右侧胸壁最底边的肋缘向其正中部位迅速摸过去。

(4)摸到正中部位一块小的“骨突”(称剑突)与肋缘交叉处。

(5)将右手的食、中二指并着，平放在剑突与肋缘交叉线以上。

(6)用左手掌根部，垂直地按放在胸骨上，下边缘齐右手的中指。

(7)右手离开胸壁，用手掌根部压在左手背部，两手的手指翘起，不压在胸壁上，或两手手指互相交错扣紧，目的是只让手掌根部压在胸骨上。

(8)双臂伸直，抢救人的上身略向前倾，使双臂垂直压在触电人的胸骨上。

(9)用臂部的力量，经垂直的手臂压在被救人的胸骨上，使胸骨向下压 4～5 厘米。

(10)放松臂力，但掌根不能稍离胸骨，还应紧贴在胸壁上。

(11)如果当场只有抢救者一人，应先连续按压 10～15 次，然后

进行口对口呼吸2次。

(12)口对口呼气是人工呼吸的方法。用左手压住触电人的前额向后，并用拇、食两指捏紧被救者鼻孔，用右手撤住其下巴向下、向后，使其口张开。

(13)用自己的口紧包在被救者张开的口外。

(14)在紧包其口之前，先侧头深吸一口气，紧包口后，缓缓呼进气去，然后再抬头，侧过一边，深吸一口气，重复呼气，共两次。

(15)现场如有两人抢救，一人先按压胸骨4～5次，停下，待另一人进行口对口呼气1次。然后重复这种"基础生命支持"法。一人操作时，按压次数:呼气次数为10～15:2，如两人同时操作，按压次数:呼气次数为4～5:1。

3. 在开始进行"基础生命支持"法前，如现场有两人，一人迅速进行"基础生命支持"法，另一人立即打电话给急救站(120号)呼救。然后立即返回参加抢救。

4."基础生命支持"法不得中途稍停。一直等到急救人员到达，由他们接替，并采取进一步急救手段。

5. 如触电者身上入电处和出电口处有烧灼伤，其体内电流经过的部位烧灼程度可能较重，必须由医师处理。

中　暑

中暑是由于高温、湿热环境或烈日暴晒所致体温调节功能紊乱的一类急性疾病。一般有大汗、口渴、恶心、头晕、耳鸣、胸闷、心慌、四肢无力，体温在38℃以内者为先兆中暑，如伴有面色潮红、皮肤灼热、呼吸急促、呕吐、血压下降、脉细数，体温在39℃上下者为轻度中暑。出现有昏迷、抽搐、高热(体温40℃以上)者为重度中暑。轻者经过适当处理，数小时即可恢复，重者如救治不及时很可能因中暑而死亡。

[**常见原因**]

1. 中暑衰竭　又称热衰竭。多见于老年体弱者。在高温环境下，体温中枢调节功能紊乱，机体为了加强散热，皮肤、肌肉的血管扩张，同时出汗增多，血液粘稠度增大，有效循环降低，造成周围循环衰竭。体温不高或轻度升高，出冷汗，脉细弱，血压下降，昏倒或意识淡

漠、昏迷，如有呕吐则脱水加重。

2. 中暑高热　又称热射病。常见老、幼和体弱者。在高温环境中，体温调节功能发生障碍，体内产热及外热侵入积聚体内，体温急剧升高而得病。汗闭，皮肤干燥、灼热，脉细数，呼吸浅而快，体温高达 40～42℃以上，继之有呕吐，严重者可昏迷、惊厥或周围循环衰竭。

3. 中暑痉挛　又称热痉挛。常见于青壮年。由于在高温环境下工作，大量出汗，人体内氯化钠（盐分）丢失过多，或只饮水而食盐补充不足，造成血钠过低。主要表现为小腿腓肠肌及腹肌痉挛，引起疼痛，口渴、尿少、衰弱无力，体温大多正常。

4. 日射病　头部受到日照射过久，红外线穿透颅骨引起脑及脑膜充血所致。主要表现为剧烈头痛、头昏、恶心、呕吐；严重者可昏倒、意识丧失、头部温度可高达 40～41℃，但体温不高或轻度升高。

［家中处理］

1. 迅速将病人撤离高温环境，转移至阴凉通风处休息。

2. 对先兆中暑和轻症中暑者

(1)口服冷糖盐水、菊花茶等凉茶水、果汁饮料，同时可给十滴水、人丹、藿香正气水等解暑。

(2)症状较重，但尚无危险、神志清醒者，可在头、颈、腋下及腹股沟等大血管处放置冰袋降温；有条件者应用电扇帮助散热，或者将病人放置冷水（15～16℃）中浸泡，头部露出水面。待病人体温降到 37.5℃时，可停止冷水浸浴。

(3)对症状缓解不快者，可按捏人中、合谷、内关、曲池等穴（曲池穴：屈肘横纹头陷中）。

(4)绿豆汤、西瓜汁都是清热解暑之佳品。鲜竹叶、荷叶、芦根都可煎汤作茶饮，均能解暑。

(5)验方：①绿豆 60 克，用清水一大碗，先煮豆至熟弃豆后再加鲜丝瓜花 8 朵煮沸，温服。②生扁豆适量，捣汁，开水冲服。

3. 对重症中暑除应用上述救治方法外，应采用如下紧急救治措施：

(1)凡面部发红的病人可将头部垫高；对面色苍白的病人则应使其头部放低，以保证脑部供血。同时解开病人衣领和腰带，头部、颈部、腋下及腹股沟处用冰袋或冰水冷敷，身上用 33％的酒精、冰水、冷水进行反复擦浴，以促其尽快散热。中暑高热和日射病者头、颈部的

冰水冷敷和擦浴尤为重要。

(2)病人已失去知觉、昏迷不醒时,可用氨水刺激鼻孔,促其苏醒。

中暑病人经过初步抢救不见效,应速送医院抢救,不可延误时间。在护送途中,应始终注意降温。

[预防与保健]

1. 长时间在烈日下劳作时,可戴草帽,设法遮阳,并注意定期休息和保证饮水供应;出汗多时,要喝些糖盐水、果汁,或稍加盐的白开水,以补充身体中丢失的水和盐分。

2. 在室内、舱内或地下作业时,应设法通风降温。夏天炎热季节,对老年人、体弱多病者、孕妇与婴儿尤应注意室内通风降温。

急性中毒

各种有毒物质或超量药物误服,误吸入体内或接触皮肤,进入体内,均可损伤人体组织器官,引起各种中毒表现。以下介绍一些常见的急性中毒及其救护措施。

1. 煤气(一氧化碳)中毒　轻度中毒者有头晕、头痛、恶心、呕吐、并觉有些迷糊。重度中毒者,口唇呈樱桃红色,全身皮肤潮红、神志不清,甚至昏迷,呼吸短浅,四肢冰凉,大小便失禁。

2. 杀虫剂中毒　因家庭常用杀虫剂是有机磷化合剂,如敌敌畏、敌百虫等;农村常用杀虫剂相当一部分也是有机磷制成的农药。所以主要介绍有机磷中毒的表现:轻度中毒可以引起头痛、头晕、呕吐、多汗、四肢发麻、视力模糊等症状。较重一些的中毒,表现为精神恍惚、言语不利落、步态不稳、呼吸困难、肌肉颤动、视力更为模糊。严重中毒者口吐白沫,呼吸极困难,口唇发绀,陷入昏迷状态。

3. 安眠药中毒　轻者表现为嗜睡、意识朦胧等。重者昏迷,呼吸浅而慢,或不规则,脉搏扪不清或很弱,但较快,四肢发凉。

4. 灭鼠药中毒　轻度中毒可见到皮肤表层有出血斑,牙龈亦可出血。严重的可以尿血、便血或其他内脏器官出血。

5. 酒精中毒　酗酒后酒醉的表现为面色发青或潮红,躁动,语无论次,步态不稳,情绪不稳定,或哭泣或狂笑。中毒较深的可以昏睡,呼吸缓慢,脉搏增速,甚至大、小便失禁。酒醉者还常常呕吐。

6. 腌制食品中毒　唇和皮肤发绀，恶心，呕吐，腹痛，腹泻，头痛，头晕，嗜睡等。严重的丧失意识，脉搏弱而快，四肢潮冷，呈休克状态。

7. 发芽土豆中毒　轻度中毒表现为唇绀，呼吸困难，口咽部灼热感，恶心，呕吐，腹痛，腹泻等。严重的中毒病人可以四肢抽搐和呼吸麻痹。

8. 强酸和强碱烧伤　多为烧伤表现，误服中毒者口腔粘膜灼伤，食管剧痛，胃痉挛性疼痛。如误洒在皮肤上，如同烫伤或烧伤的皮肤损伤。

［**常见原因**］

1. 煤气中毒　煤气，也就是一氧化碳，纯的气体是无色无味的。多数发生在用煤球或煤饼炉取暖的家庭。常在寒冬刚来临，初用煤炉，而室内又未装通风窗的时节；用炉时间久，忘了经常通刷炉子的烟筒，出口（煤炉与烟筒接口处）被煤渣堵塞、煤气泄漏到室内，亦易引起煤气中毒。大多是室内居住者已熟睡，次晨已中毒，才被人发现。也有在白天取暖，煤气已有泄漏，在家的人亦可以中毒。因为一氧化碳与正常传送氧气的血红蛋白极易结合，把氧气赶跑。一氧化碳与血红蛋白的结合力大约强于氧气与血红蛋白结合力 200 倍，而且一旦结合，很不易使它们分开。于是血红蛋白就成为碳氧血红蛋白。人体组织器官得不到氧，损害最重的是大脑。

2. 杀虫剂中毒　家庭中常用的杀虫剂是敌敌畏、敌百虫等。这些都是有机磷化合物。农药也大部分为有机磷化合物。家庭成员中毒常常是误服。有机磷主要伤害神经系统。抑制呼吸中枢，出现呼吸困难，并增加肺泡的分泌，中毒者可以呼出白沫。抑制动眼神经瞳孔缩小，可小到如针尖那样，视物模糊不清。一旦延误抢救，往往可致命。

3. 安眠药中毒　以往安眠药多用巴比妥盐制剂，如鲁米那、速可眠、安密妥等，这些都是中枢神经系统抑制剂。现在已很少用这类制剂，代替它们的是安宁剂类，如眠尔通、安定、舒乐安定、硝基安定等。这类制剂虽然对中枢神经系统的毒性较轻，但如超剂量吞服，也可引起中毒，一般讲，如及时抢救，预后比较好。

4. 灭鼠药中毒　一般用的灭鼠药大致有敌鼠钠盐、磷化锌和安妥等。敌鼠钠盐能破坏人体内的凝血机能，引起出血。磷化锌则腐

蚀胃肠道粘膜，吸收进血液循环，可以损伤中枢神经系统、肝、肾等脏器。安妥进入人体后，可分布于体内各脏器，损伤毛细血管及内脏细胞，引起细胞坏死，并且抑制正常的代谢功能。

5. 酒精中毒　少量饮酒开始是使神经兴奋，但如喝得过多，可以由兴奋转变为抑制，发生昏迷。如长期酗酒，可以造成神经系统、肝脏、心脏等重要器官的永久性损伤。

6. 腌制食品中毒　腌泡蔬菜中常含有亚硝酸盐，特别在腌制1周左右时，含量最高。陈腐的大白菜中也含有较大量的亚硝酸盐。一般如食用保存或腌泡不当的食品或卤制不合格的肉类，都可以中毒。亚硝酸盐与正常的血红蛋白化合成为高铁血红蛋白，不能携带氧气。人体组织受到严重缺氧而引起中毒。

7. 发芽土豆中毒　土豆发芽后，在芽孔周围含有大量的有毒龙葵素，这是一种神经毒素，抑制呼吸中枢。因此发芽土豆不能食用，或先挖去芽孔周围青绿色的部分，必须挖净，然后再食。

8. 强酸和强碱烧伤　这两种化合物都具有强烈的腐蚀性，对接触到它们的内脏粘膜或皮肤，可发生化学性烧伤，和一般烫伤或烧伤相似，程度可能更为严重。

［家中处理］

1. 煤气中毒

(1)立即把中毒者用厚棉被包裹好(因为多数发生在天寒季节，要保护中毒者免于着凉)抬到庭院中，呼吸新鲜空气。

(2)如果尚无清醒表现，应立即送医院抢救，最好请救护站送到有高压氧仓设备的医院。拖延时间过长，昏迷的煤气中毒者有可能受到不可逆的大脑损伤。

(3)在家升煤炉取暖时，一定要安装通风窗户。烟筒要勤打扫。

2. 杀虫剂中毒

如知道为误食敌敌畏一类杀虫剂中毒，可取小苏打粉一小匙(约10克)，放入1升(约两个五磅暖瓶的水)凉水中搅匀。若中毒者还清醒，立即灌入他的胃中，并引吐。一方面呼叫急救站来救护车，急送附近医院抢救。如为重度昏迷中毒者，不要在家中灌小苏打水，应立即送医院抢救。

3. 安眠药中毒

如家中备有高锰酸钾液，可取少许，稀释10～20倍，灌入中毒者

胃中，此时中毒者应该尚未昏迷。高锰酸钾液本身就有催吐能力，在急救站救护车到来之前，可反复灌入，并催吐。

4. 灭鼠药中毒

可用上法催吐，必须注意切忌将灌入的洗胃液体呛入中毒者肺内。立即送医院抢救。

5. 酒精中毒

轻醉者，可给喝浓茶，并尽量让他安静，入睡，避免自伤或伤人。重度中毒、昏迷者，应立即送医院抢救。

6. 腌制食品中毒

同三、四两节，立即催吐，洗胃，并呼叫急救站转送医院抢救。

7. 发芽土豆中毒

亦需洗胃、催吐，同时给泻药，如家中备有50%硫酸镁泻剂，给服50毫升导泻，将毒物排出，并送医院抢救。

8. 强酸或强碱中毒

如为误服强酸或强碱，不能灌水或催吐。但可灌入牛奶或植物油，也可灌入鸡蛋清加水的混合液，量不宜超过200毫升。这些液体可以保护食管和胃的粘膜，减轻被腐蚀程度。如为皮肤接触，应立即将中毒者外衣剥去，用大量自来水冲洗。如脸部也接触到强酸或强碱，家中如有淋浴设备，应立即从头冲洗，不必等待脱衣服。如误食强碱，还可用米醋少量，加水，灌入中毒者胃内，可以中和碱性，但切不可用小苏打水去中和强酸。

休　克

休克是指机体在强烈刺激之下发生的一种不良反应。主要变化是组织有效血容量急剧减少，重要脏器供血不足。

其主要表现为：头晕、乏力、神志淡漠或烦躁不安、皮肤苍白、四肢湿冷、浅表静脉塌陷、脉搏细速、血压下降、尿量减少。

[**常见原因**]

1. 失血性或失液性休克

(1)外出血：肢体、躯干及头皮等任何部位的组织损伤多可以引起严重的外出血。急性失血达400ml以上即可导致休克。

(2)内出血：胸腔内、腹腔内都可容纳大量的血液，另外由于呼吸

运动使胸、腹腔的出血不易停止。又由于内出血在体表往往没有迹象，容易误诊。常引起内出血的原因有：①血气胸：血气胸可因胸部外伤、胸膜肺病变及自发性气胸引起。自发性血气胸因体表无损伤的痕迹容易误诊。主要表现为：突然发生的胸痛，呈刀割样锐痛，常位于气胸同侧，呼吸时加重。继之出现呼吸困难。此外，随着病情的进展，病人出现头晕、面色苍白、脉细速等休克的表现。②咯血：各种原因的咯血，如果咯血量大会引起休克。病人除了休克的表现外还有咳嗽、咽痒等症状。③消化道出血：胃、十二指肠溃疡的病人有时出现大出血，多数病人出血后表现为呕血或黑便，但有些病人出血急，特别是十二指肠溃疡的病人。病人的胃肠道是一个极大的容器，可容纳大量血液，病人在呕出或便出之前即出现休克。病人可能伴有腹痛，也可无腹痛的症状。④肝脾肾等实质脏器破裂：病人多有破裂脏器局部的外伤史，但不一定在受伤当时破裂，可能在受伤后数小时至数天由于咳嗽、扭转及轻轻撞击等引发。病人表现为破裂脏器局部剧烈疼痛，腹部逐渐膨隆、迅速发生休克。⑤异位妊娠破裂（宫外孕破裂）：病人为育龄女性，有性生活史和停经史。停经若干天后突然出现下腹部剧烈疼痛，并逐渐发展为休克。

（3）失液性休克：任何原因的呕吐和腹泻都可以引起体液丢失过多和电解质紊乱，如急性胃肠炎、急性细菌性痢疾等，如果在治疗过程中只注意药物治疗，而不注意液体的补充，就可以发展为休克。病人表现为逐渐加重的口干、无力、眼窝塌陷、皮肤松弛、表情淡漠等。

2. 感染中毒性休克　病人多有寒战高热等感染的表现。可发生于任何感染性疾病如肺炎、胆囊炎等。其中急性出血性坏死性胰腺炎、急性化脓性胆管炎等极易发生休克。另外值得提出的是女性在月经期使用“高效阴道栓”，有时可引起局部葡萄球菌感染，细菌毒素侵入血内引起败血症，可发生休克。

3. 过敏性休克　药物过敏是引起休克的另一主要原因，特别是青霉素过敏。病人表现为在用药后立即出现面色苍白、四肢湿冷、口唇发绀等症状。青霉素的任何一种制剂——口服、吸入、滴入和针剂都可引起过敏反应。其他抗生素如四环素、氯霉素等偶尔也可引起过敏性休克。

4. 神经性休克　多有强烈的刺激因素如极度恐惧、悲伤等，病人出现其他一系列休克的表现甚至晕厥和意识障碍。

[家中处理]

休克是临床上一个严重的综合征，处理不当很容易危及病人的生命。

应当防止休克的发生，有可能发生休克的因素存在的病人应当及时到医院就诊。呕吐、腹泻的病人应当遵照医嘱多饮水；月经期应用阴道栓的女性应当注意保持清洁。

对已经发生休克的病人，应当及时呼叫急救车将病人送往医院，在未去医院前应当采取的措施有：

(1)呼叫急救车就近转入医院。

(2)取头低脚高 30°仰卧位，或将此体位与平卧位相交替。

(3)保暖。

(4)禁食。

(5)有条件者可给病人采用鼻导管吸氧。

内科病

上呼吸道感染

上呼吸道感染是一种常见的，急性传染性疾病，占呼吸道急性疾病半数以上。多数是由病毒引起，有流感病毒、副流感病毒、呼吸道合胞病毒、鼻病毒、冠状病毒，还有柯萨奇病毒、埃可病毒等。少部分由细菌引起，有溶血性链球菌、肺炎链球菌、流感嗜血杆菌、葡萄球菌等。本病是位于鼻腔、咽喉的上呼吸道感染性疾病，临床以发冷、发热、全身酸痛、头痛及鼻塞、喷嚏、流涕、咽痛为表现病症，轻重差异较大，可通过呼吸道飞沫传染。

1. 普通感冒：普通感冒为上呼吸道感染中最常见的类型，多为鼻病毒引起。每人每年可患病数次，经呼吸道飞沫传染，多在冬季发病。

潜伏期短，起病急，一般为中、低度发热或无发热。有畏寒、头痛、身痛，及纳差、腹胀、便秘或腹泻等；有鼻塞、喷嚏、流涕、咳嗽，可有音哑；部分病人有口唇疱疹。

2. 流行性感冒：由流感病毒引起，有高度传染性，可引起暴发流行。病毒的抗原易发生变异，人群对其缺乏免疫，从而引起流行。

潜伏期很短，多为数小时至3天，起病急骤，以全身症状为主，呼吸道症状可不明显。多有发冷、发热、头痛、全身酸痛、乏力、食欲不佳，并有鼻塞、流涕、喷嚏、咽痛等症状，病程2～3天，少数重者，可持续高热，可谵妄、昏迷，甚至休克、死亡。轻症者似普通感冒，有全身症状、上呼吸道症状，或有消化道症状，少数可导致肺炎，超出上呼吸道感染范畴。

根据临床表现，除其他疾病外，如流行性脑膜炎、麻疹、脑炎、伤寒等疾病的早期，诊断一般不难。流行性感冒者可有流行病学史，化验白细胞降低有助于诊断。为确定病原可作病毒分离，但在临床工作中一般难以开展。

［治疗］

1. 对症治疗：卧床休息，注意保暖，多饮开水。轻者不需药物治疗，身热头痛者可用复方阿司匹林，鼻塞者可用1%麻黄素滴鼻，流涕、喷嚏者可用扑尔敏，咽痛者可用杜灭芬喉片或碘喉片。

2. 化学疗法：抗病毒药物尚不成熟，对病毒引起的上呼吸道感染，可用吗啉胍，每次0.1～0.2g，1日3次。对细菌引起者或伴有细菌感染者，要选用适当的抗生素，例如青霉素G等。

3. 中医中药治疗：常用的有感冒冲剂，板蓝根冲剂，羚翘解毒丸（片），银翘解毒丸（片）等。

［预防与保健］

1. 症状较轻者可进行日常生活、工作。急性重症者绝对要卧床休息。

2. 进食易消化、富有营养、低脂肪的食物。多饮水以利病毒、细菌毒素的排出。

3.(1)鼻塞流鼻涕时给予1%麻黄素溶液滴鼻。

(2)咽喉部疼痛者可用消炎喉片含化，局部雾化治疗。

(3)声嘶者尽量少说话，必要时可配合蒸汽吸入。

(4)寒颤时可用热水袋保暖。

(5)发烧的病人，可行温水浴或50%酒精擦额部、腋窝、腹股沟部，也可用冰袋用布包好后冷敷上述部位，小儿可洗温水浴。降温后半小时测体温或遵医嘱饭后服用阿斯匹林、消炎痛等解热止痛药；同

时多饮水，以补充出汗者消耗，出汗多的病人在皮肤与内衣之间，隔以毛巾，及时清洁皮肤，年老体弱者应注意防止出汗多所致虚脱。

(6)遵医嘱服用甘草合剂、必嗽平等止咳化痰药以及口服一些板蓝根、金银花抗病毒和消炎药物。

(7)中毒症状重的要送医院治疗。

4. 避免去公共场所，去时最好戴口罩。

痰液的处理：咳痰时将痰吐入纸内包好，然后进行焚烧；或者将痰吐入盛有7~8%的悄洗灵消毒液的痰盂中，每日更换消毒液一次。

5. 主要在于增加机体的抵抗力。1)加强体育锻炼，提倡洗冷水脸、冷水澡、冬泳等；2)避免过度劳累，戒烟酒；3)尽量避免接触急性鼻炎或伤风感冒的病人；4)对一些抵抗力特别低的小儿或老年人，遵医嘱可使用一些免疫增强剂，如口服多抗甲素等。

急性支气管炎

急性支气管炎是由病毒和细菌感染，或物理、化学性刺激，或过敏反应造成的支气管粘膜的急性炎症。上述原因当中，以感染因素所致者最常见。当季节变换，机体受凉或过度疲劳，病原体可乘虚而入，引起炎症、支气管粘膜充血、水肿、粘液腺分泌增多、纤毛上皮受损、炎症细胞浸润等症状。

[**临床症状**]

依据病人有上呼吸道感染症状，有畏寒、发热、全身不适的全身症状；有明显的咳嗽，可为刺激性干咳，或者痰量增多，呈白色粘液痰或黄色脓痰；可有咽痒、胸骨后灼痛；体检可有肺部啰音，诊断一般不难。

[**治疗**]

1. 注意保暖，适当休息，防止呼吸道刺激包括冷空气、烟雾、吸烟等刺激。

2. 发热者可服退热剂，如阿司匹林。

3. 紫绀缺氧者给予吸氧。

4. 咳嗽需用镇咳药，同时要注意祛痰，过度镇咳影响痰液咯出可继发感染，痰栓堵塞支气管导致肺不张，故要注意祛痰。可给予3%氯化铵溶液，每次10毫升，每日3次。亦可用必嗽平，每次8~16毫

克，每日3次。痰粘稠难咯出者可行蒸气吸入或超声雾化吸入。此咳可用咳必清，每次25毫克，每日3次；或给咳快好，每次20毫克，每日3次；亦可用复方甘草合剂，每次10毫升，每日3次。对频咳、夜间咳嗽影响睡眠而痰量少者，必要时可口服可待因，1次30毫克。

5. 对细菌感染者可针对不同细菌给予抗生素。可给青霉素G，每日2次，每次80万单位肌肉注射。注射前需做皮肤试验，以防过敏。亦可应用其他抗生素，如羟氨苄青霉素等。

6. 可行中医中药治疗。

［**预防与保健**］

锻炼身体，增强体质，防止上呼吸道感染，对预防发生支气管炎有益。罹患急性支气管炎者要及时治疗，以防成为慢性支气管炎。

保持室内空气流通及一定的湿度，对避免引发气管炎及恢复健康有利。

慢性支气管炎

慢性支气管炎是由多种原因，包括感染或非感染因素引起的支气管、气管粘膜及其周围的慢性非特异性炎症，临床上表现为咳嗽、咯痰，或可伴有喘息，反复发作，影响健康及劳动，病情发展，可并发阻塞性肺气肿、肺心病。

慢性支气管炎是常见病，发病随年龄增长而增加。致病原因有多种，感染是引起慢性支气管炎的重要因素。病毒或细菌所致的急性呼吸道感染，常可引起慢性支气管炎急性发作，也是引起慢性支气管炎的基本原因。感染的发生与季节有关，本病发作多在秋冬季节，气候变化之时，气温骤降可影响呼吸道防御功能，有利于病原体入侵。

理化因素也是导致慢性支气管炎的原因之一。烟雾、粉尘、大气污染等对支气管粘膜的慢性刺激，也是本病的致病原因。在某些空气污染的区域，发病率高于非污染区。吸烟对支气管粘膜也有刺激和损害，吸烟量多者发生慢性支气管炎者较不吸烟者多。

另外，过敏因素也与慢性支气管炎有一定关系，在喘息型慢性支气管炎病人中有过敏征象者较多。此外慢性支气管炎病人有副交感神经功能亢进等亦与本病发生有关。

［临床症状］

凡有咳嗽、咯痰或伴有喘息者，每年症状发作持续3个月或以上，连续两年或两年以上者，并能排除其他疾患时，可诊断为慢性支气管炎。

在排除其他疾患时，首先要排除肺部疾病引起的慢性咳嗽，例如肺结核、肺癌、尘肺等，胸部X线检查常能发现肺脏病变，职业史可提供尘肺线索。支气管哮喘可以咳嗽为突出表现，应检查支气管反应性等。

慢性支气管炎可分为两型：一为单纯型，主要表现为咳嗽、咯痰；另一型为喘息型，临床表现除有咳嗽、咯痰外尚有喘息症状，检查可听到肺部有哮鸣音。

依据病情，慢性支气管炎又可分为3期，即急性发作期、慢性迁延期和缓解期。

［治疗］

1. 急性发作期治疗：

(1)抗生素治疗：急性发作期多为感染所引起，感染中又多为细菌感染，要送检痰培养，查出引起感染的细菌，给予相应的抗生素。

(2)镇咳与祛痰：二者之间以祛痰更为重要。痰液壅塞，可导致感染加重，故强调祛痰。祛痰可用蒸气雾化吸入以降低痰液粘度，利于排出，也可服用药物，如氯化氨、碘化钾口服，也可用必嗽平，口服8～16毫克/次，每日3次，或羧甲司坦，口服，每次0.5克，每日三次。祛痰可用药物雾化吸入，可用痰易净(乙酰半胱胺酸)使痰液稀释，也可用10%～20%溶液1～2毫升，雾化吸入，每日2～3次。因咳嗽、咯痰并存，有许多复方药物既有镇咳，又有祛痰作用，可以选用，常用的有复方甘草合剂或其类似的药物。

(3)平喘：具有喘息者需要平喘，可用舒喘灵，口服片剂，每日3次，每次1片，亦可用博列康尼，每次1片(含2.5毫克)，每日3次，亦可用喘康速或喘乐宁气雾剂，必要时吸入，每日3～4次。亦可用氨茶碱，口服，每日3次，每次1片(含0.1克)，或舒弗美，每日2次，每次1片(含0.1克)。亦可用喘定，每日3次，每次1片(含0.2克)。

2. 缓解期治疗：可用的药物有气管炎菌苗，皮下注射，每周1次，开始注射0.1ml，以后则每次递增0.1毫升，直至0.5毫升或1毫升，疗程1年或更长。也可用卡介苗素注射，每周肌肉注射3次，每次1

毫升。或用核酪，皮下或肌肉注射，每次2毫升，每周2次，疗程3个月。

［预防与保健］

1. 进食营养丰富易消化的膳食，烹调要适合病人口味，少食多餐。避免刺激性食物。

2. 保持室内空气新鲜、洁净，室温18～20℃，湿度60%左右，以充分发挥上呼吸道的自然防御功能。

3. 给予充足的水分以保持呼吸道粘膜的湿润及促进粘膜病变的修复，并有利痰的排出，一般每日饮水1500毫升以上。

4. 特别指导慢性支气管炎急发期和迁延期的治疗重点是控制感染、祛痰与平喘。遵医嘱可口服抗炎药，如：羟氨苄青霉素、利菌沙等。止咳祛痰平喘药，如：必嗽平、化痰片、博利康尼、舒氟美等药物。

5. 加强体育锻炼，提高耐寒能力。在气候骤降或寒冷季节，注意保暖。

支气管哮喘

支气管哮喘是支气管呈非特异性炎症，引起气道反应性增高，当接触过敏性或非过敏性刺激，引起支气管收缩，粘液分泌增多，临床出现呼吸困难、咳嗽、哮喘及胸闷，可经治疗或不经治疗而缓解。可反复发作。其发病与遗传、过敏及感染（特别是呼吸道病毒感染）等因素有关。

［临床症状］

1. 症状：发作性哮喘，常反复发作，伴有咳嗽，咯痰。重者端坐呼吸，呼吸困难明显，大汗淋漓，有濒死感。

2. 体征：重者端坐位，紫绀，大汗，两肺满布干鸣音，可有湿性啰音。心率增快。轻者可仅有肺部干性啰音。长期反复发作的病例，可有肺底降低，肺叩诊过清音。

3. 胸部X线表现，呈两肺过度充气征象。

4. 肺功能：为阻塞型通气功能障碍。支气管反应性测定呈高反应性。

5. 过敏原检测：

(1)皮肤试验：过敏原皮试呈阳性。

(2)亦可用放射免疫法检出病者对特异性过敏原的特异性免疫球蛋白 E。

[治疗]

1. 发作期治疗:

(1)脱离过敏原,去除引起哮喘的诱因。

(2)β_2 受体激动剂

1)沙丁胺醇(salbutamol),商品名舒喘灵,2.4 毫克,每日 3 次,口服。

2)叔丁喘宁(terbutalin),商品名博利康尼,2.5 毫克,每日 3 次,口服。

3)普鲁卡地鲁(procaterol),商品名美喘清,25 微克,每日 3 次。

注意:口服 β_2 激动剂可有心悸、震颤等副作用。

4)沙丁胺醇气雾剂,商品名喘乐宁,每次吸入 100~400 微克,每日 3 次。

5)叔丁喘宁气雾剂,商品名喘康速,每次吸入 100~400 微克,每日 3 次。

6)沙美特罗(salmeterol),商品名施立稳,每次吸入 25~50 微克,每日 2 次。

(3)茶碱:常用氨茶碱,口服,每日 3 次,每次 1 片(含 0.1 克)。也可用缓释茶碱,有舒弗美,每服 1 片(含 0.1 克),每日 2 次,也可用优喘平,每日 1 次,每次 400 毫克。

急重病人可静脉缓慢注射氨茶碱,每次 0.25 克,必要时重复应用,注意应在医师指导下用药。过快或大剂量静脉给药,可导致晕厥、心律失常甚至死亡。

(4)抗胆碱能药物,可用异丙托品(lpratropine)气雾剂,每次吸入 20~80 微克,每日 3~4 次。

(5)肾上腺皮质激素:用于重症哮喘发作或其他平喘药不能控制的发作者,也用于控制气道炎症,降低气道反应性,预防哮喘发作。

1)口服激素,常用强的松,开始剂量 20~40 毫克/日,病情控制后逐渐减量,或换用气雾剂。

2)静脉可给氢化考的松,开始 400~600 毫克/天,病情控制后减量,改为口服,再改气雾剂。

2. 预防哮喘发作的治疗:

(1)肾上腺皮质激素：多用气雾剂，有二丙酸培氯松气雾剂，商品名必可酮，每次吸入100微克，每日3～4次。

(2)色甘酸钠、酮替酚、秈苄肽嗪、曲尼司特、特非那丁等。

(3)脱敏疗法，对此尚有争论。因有可能出现全身过敏反应或引起哮喘发作。

[预防与保健]

1. 继续日常的工作和生活、娱乐。

锻炼身体，如散步，做体操，练太极拳等。

预防感冒着凉，避免久留过冷或过热的环境中。

精神愉快，身心轻松，正确对待工作、生活和疾病，以提高生活质量。

2. 饮食需富含维生素和纤维素的食物，包括新鲜蔬菜和水果。

戒烟，少饮酒，少食少饮含添加剂过多的食物和饮料。避免食入可诱发哮喘的食物。

3. 遵照医嘱正确使用药物，掌握不同途径的给药方法，如口服或吸入型。

当离家外出时，一定要带快速缓解哮喘的药物，如喘乐宁、喘康速气雾剂和必可酮雾剂。在用药过程中，准确告诉医生你出现的任何问题，医生可以改换你的用药及用药剂量。在的药用完以前，一定要购买备用药物。

如何使用气雾吸入器：①摘下瓶盖，摇晃吸入器；②起立、呼气；③把吸入器放进口里，当开始吸气的同时，按下吸入器顶部并继续慢慢吸气(一定要慢慢地吸入)；④屏气10秒钟，呼气。

4. 预防注意：识别和避免诱发因素，使哮喘的症状和发作能被预防，用药亦可减少。

不要在室内吸烟，帮助戒除吸烟。

对带毛的动物过敏者，不要养宠物。

家里不要有强烈的刺激的气味，如香水、洗发液或润肤液及化学试剂，不要点香。

地毯可积尘螨和霉菌，因此尽量不要用。

经常烫洗床单、被套、枕套，或经常放在太阳下曝晒，可防止螨的生存。

经常开窗户以保持空气新鲜和干净。

不要在室内刷漆，喷洒杀虫剂、清洁剂。如果燃烧木柴或煤油，把窗户打开以排除烟雾。

5. 要知道哮喘发作开始的征象：咳嗽、胸闷、气紧、喘息。

出现下列情况时应立即去医院：说话困难，胸闷加重，走路困难；呼吸时鼻孔张大；口唇、指甲变灰或青紫；呼吸时肋间和颈部周围皮肤内陷；心跳或脉搏非常快。

肺　炎

肺炎可由多种病因引起，多为病原微生物引起，称为感染性肺炎。这里介绍感染性肺炎。

感染性肺炎是最常见的急性肺部疾病，轻重不一，轻者可以自疗，重者可致死。有些肺炎还可流行。症状大同小异，根据症状，再结合体格检查，进一步作痰培养等检查，查出病原体，不仅指导治疗，也能对病情和预后作出预测。

引起肺炎的病原体有很多，有病毒、衣原体、支原体，革兰阳性球菌、革兰阴性杆菌、结核菌、真菌、厌氧菌、寄生虫等。肺炎可分为社会获得性肺炎和医院获得性肺炎。前者多为健康人，多为致病菌引起，多为革兰阳性球菌引起；后者多有基础病，多数由条件致病菌的机会性感染，以革兰阴性杆菌引起者居多，细菌多耐药，治疗困难，死亡率高。发生肺炎应及时到医院检查，及早诊治，应用适当的抗生素。延误治疗会损伤肺组织，甚至致死。

[**临床症状**]

1. 症状：肺炎病人有全身症状，发冷、畏寒、发热、乏力、食欲不振等；也有呼吸系统症状，咳嗽、咯痰、胸痛、呼吸困难。不同病原引起的肺炎表现有所不同，如发病急缓，热型，痰的性状，白细胞升高与否，胸部X线病变的形态等，常能提示何种病原的可能性，从而及时决定治疗药物，并作进一步的实验室检查。

2. 体征：肺炎病人病变部位可叩诊浊音，语音震颤增强，管状呼吸音及湿性啰音。

3. 实验室检查：白细胞计数常升高，尤以革兰阳性球菌增高明显；病毒性可不增高。

4. 胸部X线可见单侧或双侧的片状浸润性病变。亦可伴有胸

腔积液。

5. 痰涂片可看到多量的革兰阳性球菌或革兰阴性杆菌。

6. 痰培养:可培养出致病菌。

7. 某些病原体可用血清查病原的抗体,在恢复期较急性期有4倍以上增高并达到一定的滴度,据此可以作出诊断。

8. 检查痰、血、尿、体液中的抗原物;或用多聚酶链反应(PCR)方法,亦可查出病原微生物。

[治疗]

1. 支持与对症治疗。发热者退热,给予阿司匹林,每次0.5克,可重复应用,或用物理降温以退热。缺氧者给氧,输入液体保证热量及水分供给;胸痛者止痛;有痰者祛痰;咳者止咳;休克者治疗休克。

2. 针对病原给予相应的抗生素,这是十分重要的,不要误认为价格贵的抗生素就是"好"药,抗生素应用要有针对性,只要针对病原,价廉的也是好药。同样,不要误认为点滴比口服好,关键是看用什么抗生素,而不是给药途径。当然,急重病者,呕吐腹泻者,还是输液为好。

[预防与保健]

1. 患病期间,应卧床休息,注意保暖。

病愈后应加强身体锻炼,增强体质,如散步、打太极拳、做体操。

2. 患病后食用清淡、易消化饮食为宜,以后食用富含维生素、粗纤维饮食,多食蔬菜、水果等。应多饮水,以补充发热、出汗和呼吸急促所丧失的水分,并有利于痰液排出。

戒烟、酒及其他刺激性食物。

3. 各型肺炎球菌对青霉素极为敏感,可在医生指导下以青霉素80万单位肌注,每日2次,每次80万单位,如对青霉素过敏者,可改用红霉素或环丙沙星口服,红霉素每日1.5克,三次分服或静脉输入,环丙沙星以每日2次,每次0.2克口服,7~10日为一疗程。

咳嗽、咯痰者给予祛痰剂,如心嗽平每次16毫克,每日3次服用。化痰片每次0.5克,每日3次,剧烈刺激性咳嗽者可服用咳必清每次10毫克,每日3次。

高热病人可遵医嘱服用退烧剂,温水擦浴降温,出汗后及时更换干燥衣服。

禁用茶水服药。

pH 仪监测有酸或碱的反流。

(3)内镜及粘膜活检，证实有炎症，并除外其他疾病。

(4)食管钡餐检查，证实有钡剂反流或并存有食管裂孔疝。

[**治疗**]

1. 一般治疗：

(1)抬高床头 10 厘米左右。

(2)注意进食方法和食物的选用：不用高脂及辛辣食品，不饮咖啡、可口可乐，禁烟酒等。

(3)晚餐与入睡的间隔约 2 小时，餐后以处于直立位或散步为宜。

2. 药物治疗：

(1)服用抗酸分泌药，如 H_2 受体阻滞剂(泰胃美、雷尼西丁、法莫替丁等)及酸泵抑制剂(奥美拉唑、兰索拉唑等)。疗程 8 周，并加以减量维持或间歇用药。

(2)促动力药，如胃复安、吗丁啉、西沙比利等，可提高下食管括约肌压力，加强食管蠕动。

(3)粘膜保护药，如硫糖铝、米索前列醇、胃加强、施维舒、盍世龙等。

3. 扩张疗法：当并发食管狭窄，出现咽下困难时，需采用气囊扩张，缓解症状。

4. 手术治疗：当并存食管裂孔疝时(我国约占反流病人的 1/3)，需疝修补方可控制反流。

[**预防与保健**]

1. 积极治疗溃疡病，预防复发及并发症的发生。

2. 教给病人防止反流的一般治疗的知识。

3. 老年人要加强膈肌锻炼，适当运动，防止食用过油、过量、过热、过刺激的饮食及降低下食管括约肌的饮料，如咖啡、啤酒、汽水、可口可乐等。

4. 戒烟、禁止酗酒。

消化性溃疡病

消化性溃疡病是一种全球性常见的慢性消化系统病。凡胃肠道

粘膜与酸性胃液接触均可发生溃疡。它包括食管下段、胃、十二指肠、吻合术后的胃肠粘膜及具有壁细胞的胃粘膜异位的美克耳(Meckel)憩室。一般认为是胃液消化自生的粘膜,形成溃疡故称为消化性溃疡。可是溃疡的形成,是多种因素所致,但酸和胃液是至关重要的,因此"无酸无溃疡"学说仍为众人所重视。当今认为溃疡病的发病是由于粘膜的攻击因子与保护因子失去平衡,前者过强或后者过弱则发生溃疡。

[临床症状]

1. 病因:

(1)地理环境因素:该病遍布全世界,十二指肠溃疡占消化性溃疡约80%。约有10%的人口在一生中的某一时期曾患过该病。胃溃疡比十二指肠溃疡少见。除了在胃癌高发区及幽门螺杆菌感染高发区之外,二者比例是1:4,而且发病年龄比后者推迟10年,常见于45~55岁。发病季节,北京地区高发为1月和10月,低发为5~7月。上海高发在1~2月,低发在5~8月。

(2)遗传因素:20%~50%的十二指肠溃疡病人有家族史。第一代亲属发病较普通人高约3倍。O型血者较其他血型发病率高。种族与发病也有关。

(3)饮食:食米区较食面区发病率高。新鲜粮油菜有预防作用,反之,有致溃疡作用。

(4)吸烟与酗酒:二者均可破坏保护因子,增加攻击因子,有助于溃疡发生和溃疡愈合减慢。

(5)非甾体抗炎药(NSAIDS):破坏粘膜屏障,增加氢离子反渗,可致溃疡,甚至发生出血、穿孔,如治疗风湿性关节炎和类风湿性关节炎的消炎痛、抗炎酸钠、消痛灵等药物。

(6)幽门螺杆菌(Helicobacterpylori,Hp)感染。此菌分泌的酶,如尿毒酶及毒素,可被胃粘膜表面的粘液(胃粘膜保护因子)及上皮细胞吸收,并可增加胃酸的分泌,对溃疡愈合不利。

(7)胃酸与胃蛋白酶:酸对粘膜直接损伤并与胃蛋白酶结合在一起对粘膜发挥"消化作用",而酶在高酸时更显示其强有力的消化粘膜的作用,此二者成为公认的致溃疡攻击的因子。

2. 临床症状:

(1)疼痛:

1)十二指肠溃疡(DU)的疼痛特点:90%病人均具有上腹痛,少数首发症状是呕血或黑便,偶有首发穿孔的病人。

疼痛的部位和放射:多数在脐上到剑突下,病变在球后甚至累及后壁邻近脏器,呈现穿透性溃疡,此时疼痛部位在右上腹。可放射到左右季肋部、背部、胸部,这与刺激的强度、病人的痛阈及溃疡靠后壁有关。

疼痛性质与强度:疼痛的性质多为隐痛、钝痛、不适感、压迫感、堵胀感或烧灼感。由于溃疡位置、大小、深度、痛阈不同,则强度也就不同。

疼痛规律性:典型的痛与进食有关,空腹痛、餐前痛、固定时间痛,也与泌酸高峰有关,如夜间疼多。餐后酸被食物中和,疼可消失。一旦出现并发症(出血、穿孔、梗阻)或胃窦排空障碍,幽门括约肌功能不全时,疼痛就缺乏规律性。

疼痛的周期性:疼痛多持续数日、数周、数月。多发生在春季、晚秋、冬季。诱发因素与疲劳、紧张、疑虑、饮食不当、酗酒、抽烟及应用破坏保护因子药物有关。

2)胃溃疡(GU)的疼痛特点:

疼痛部位:是在上腹正中或左上腹,若溃疡部位在胃底、体,疼位则在左前胸,后壁溃疡甚至穿入胰腺可出现背痛。

疼痛的规律性:多出现在饭后,在下一次进餐前消失,也可发生在餐前、夜间,然其规律性不如十二指肠溃疡明显。

疼痛诱因:与进食的量,种类有关;与吸烟、酗酒、用药物有关。

(2)反酸、烧心是DU病人另一主要症状。而胃溃疡病人多食欲不振,饭后胀满、恶心、呕吐、体重下降,少有反酸、烧心。

(3)体征:多数无体征,在疼痛发作时,喜用手紧压心窝部,或出现上腹压之不适。

(4)并发症:溃疡病有3大并发症:出血、穿孔、梗阻。胃溃疡癌变是其第4并发症。

1)溃疡病出血:它占上消化道出血的首位。临床症状及治疗,取决于失血的量及速度。

2)溃疡病穿孔:当溃疡向深部发展,可穿通胃及十二指肠壁,其在游离面穿孔,呈现急性穿孔,其腔内物质流入腹腔,形成急性腹膜炎。若从后壁穿孔与邻近脏器相接,进入小网膜囊内,形成穿透性溃

疡或包裹性穿孔，属于慢性穿孔。

3)幽门梗阻：因幽门处粘膜水肿或瘢痕狭窄可发生幽门梗阻。前者随炎症减轻而获缓解，后者，则无法解除梗阻。病人胃痛加重，饭反胃胀、呕吐频繁、吐隔日食。体征有体重下降，空腹时上腹有振水音，晚间可见胃型、移动性包块、蠕动波等。对此除正规溃疡病治疗外，还需胃肠减压、洗胃，纠正水电平衡。若保守治疗不缓解，可手术治疗。

3. 辅助检查：

(1)X线钡餐检查：

1)发现十二指肠有龛影是诊断活动性溃疡的惟一依据。

2)当缺乏肯定溃疡龛影时，见有幽门管偏位、球腔小、球变形也是重要的诊断依据。

3)龛影也是胃溃疡的X线征，多为单发，常发生在胃角，次为胃窦小弯。但当溃疡较浅，龛壁内有粘液或血液时，溃疡在X线上不能显示。

(2)内镜检查：镜下见十二指肠溃疡呈圆形、椭圆形，或线状、不规则形，多数1个，也有2个(呈对吻状)，少数多个。部位多在球前壁，次为球后壁。内镜见溃疡多在胃角，溃疡的大小，多在2厘米以内，其性质需通过内镜及活体组织检查方能肯定。

(3)胃液分析：多数DU病人基础酸排出量≥毫摩尔/小时，可作为辅助诊断方法。

［治疗］

1. 治疗目的：主要是缓解症状；促进溃疡愈合；预防溃疡复发；预防并发症的发生。

2. 内科治疗措施：

(1)降低胃内酸度药物，包括抗分泌药和抗酸药。前者有组胺H_2受体阻断药(H_2RA)、抗胃泌素药、抗毒蕈碱药、质子泵抑制药(PPI)。抗酸药，如氢氧化铝、碳酸氢钠等，可以和盐酸作用生成盐和水，从而使胃内酸度降低。当今首选的是H_2RA或PPI，如泰胃美、雷尼西丁或洛赛克·达克普隆等，自广泛应用以来，加速了溃疡病的治愈率及外科的手术率，成为80年代以来治疗溃疡病划时代的药。

最近提出抗胃泌素药的应用问题，因新近发现，有Hp感染的十二指肠溃疡病人，胃泌素释放增加，Hp阴性或已愈合的溃疡，胃泌素

恢复正常,提示胃泌素在溃疡形成中起重要作用。丙谷胺(proglumide)为胃泌素受体拮抗剂,常用剂量为400毫克,每日3次。

(2)增加粘膜防御因子药物,其主要影响胃粘液分泌,碳酸氢盐分泌,增加粘膜血流,促进内源性前列腺素的释放,保护胃粘膜上皮细胞的完整性。有硫糖铝、胶体铋、前列腺素等。

(3)根除幽门螺杆菌的药物,主要有四环素、羟氨苄青霉素、克拉霉素、呋喃唑酮、甲硝唑等。近来建议用三联治疗很有效,细菌根除率可高达80%~90%。根除细菌后可降低溃疡的复发,提高溃疡愈合的质量。三联的组成有:①PPI+羟氨苄青霉素+甲硝唑,2周为1个疗程;②PPI+羟氨苄青霉素+克拉霉素;③PPI+克拉霉素+甲硝唑。

[**预防与保健**]

1. 避免应用致溃疡药,如非类固醇抗炎药、肾上腺皮质激素、利血平等。

2. 戒烟:因吸烟可延缓溃疡病的愈合,促使胃溃疡形成。

3. 禁止酗酒:高浓度的酒精破坏粘膜及粘液屏障,促使氢离子反渗,有致溃疡的作用。

4. 膳食合理:可促进溃疡愈合,减轻症状,缩短复发,预防并发症。应采用多次、少量、刺激性小而易消化的饮食。

5. 减少精神应激,如紧张、抑郁、失眠等,要合理地休息。

6. 自我保健:要掌握溃疡病发作的季节、时间,提前应用药物,防止溃疡病复发及其出血。

7. 下列病人需进行间断或维持治疗:①每日吸烟≥10支;②男性,工作紧张、激烈;③有频繁复发史的病人;④既往曾发生过溃疡病并发症者;⑤溃疡迁延持久不易愈合;③老年病人;③有严重伴随病,如肝硬化、心肺功能不全、类风湿关节炎等均累及胃粘膜的防御功能。

肠道功能性疾病

肠道功能性疾病(ISB)主要是指肠功能紊乱造成的疾病,为常见病。其表现为结肠运动功能过度增强,即结肠收缩较正常人增强,出现结肠痉挛现象,或是结肠收缩蠕动波异常及强度减弱,因而产生便

秘、腹泻、腹痛等症状。而结肠本身无任何器质性病变。有以上症状的病人中约半数以上为肠道功能性疾病。其中女性病人居多。据统计在人群中约占9%。发病机制尚不清，其代表病为肠道易激综合症。

［临床症状］

1. 病因：

(1)遗传因素：部分病人从童年发病，有家族史。

(2)胃肠激素：其与发病密切相关。如胃泌素、胃动素、胆囊收缩素、蛙皮素、前列腺素、血管活性肠肽等均有加重结肠运动的作用。而胰高血糖素、内啡肽、胰泌素对结肠张力有抑制作用。这两方面的作用发生失衡即可发生肠道功能紊乱。

(3)胃结肠反射，即饭后结肠蠕动增强，则病人有饭后急于排便感。

(4)食物中纤维素的含量多少与肠道运动快慢有关。

(5)有些药物影响肠道运动。

(6)情绪因素：其情绪与结肠过敏密切相关。

以上因素均归于影响了结肠动力变化，表现过快、过慢、不协调，其频度与强度均有一定的变化。

2. 诊断：大肠功能紊乱所产生的症状有腹痛、便秘、腹泻。凡具有腹痛及大便习惯改变(腹泻或便秘)并伴有下述特征症状者即可确诊。

疼痛时伴有稀便、大便频度增加、腹胀；粘液便；排便未尽感。

由于大肠运动紊乱性疾患分为原发性动力紊乱(IBS)及继发性动力紊乱，所以应排除其继发性动力紊乱引起的下列疾病：

(1)神经系统异常：①系统性硬化症；②先天性巨结肠症；③急性横断性脊髓病。

(2)糖尿病。

(3)强直性肌肉营养不良。

(4)乳糖酶缺乏。

(5)炎症性肠病及息肉、肿瘤等。

(6)甲状腺功能亢进。

(7)滥用泻药。

(8)肛门直肠疾患。

总之，其诊断要点是对其病因、临床特点充分了解后，除外了器质病引起的继发性动力紊乱才考虑是肠道易激综合症(IBS)。

[治疗]

1. 解除情绪因素，必要时加用镇静剂。

2. 调整食物中纤维素含量，便秘者多食含纤维素多的食品，腹泻者不要贪食。

3. 采用肠道钙拮抗剂，如得舒特 50 毫克，每日 3 次可调整结肠动力，达到缓解腹痛及恢复正常排便。

4. 应用调整肠道菌群的微生态调节剂，如培菲康、乐托尔、整肠生、乳酸菌素片、促菌生等。

5. 便秘者，用调节胃肠动力药，如西沙比利 5～10 毫克，每日 3 次，饭前服。

6. 服用含天然纤维素的通便药，如通泰、康芸尔，它是无刺激性的天然纤维素，在胃肠道内将液体吸附，使之呈固体状态，使粪便变软而易于排出。属于一种容积性泻药，是当今最佳的通便药。

7，腹泻频发者，可采用易蒙停、思密达、苯二哌啶等。

[预防与保健]

本病无生命威胁，可长期保持身体健康，不大影响生活质量。但需对其有一定的认识，适当处置，以更好地提高生活质量。

特发性便秘

特发性便秘，是一种原因不明的慢性功能性便秘，在不同年龄的人群中均可发病。总发病率已超过 5%，迄今病因和病理生理过程尚不明确。常常称习惯性便秘。

[临床症状]

1. 病因：年龄、生活习惯、精神心理、代谢、神经病变如神经元性肠道发育不良、胃肠激素，如血管活性肠肽、P 物质、神经肽，还有解剖结构如直肠前突、直肠内套叠、直肠粘膜脱垂等有关。最近有人研究发现其病人肠肌层神经丛中一氧化氮合成酶(NOS)浓度较对照组显著增高，提示传导性收缩受抑制与一氧化氮过度释放有关。

2. 诊断标准：

(1)症状至少持续 3 个月以上。

(2)排便次数≤3次/周。

(3)25%以上时间排便费力。

(4)25%以上时间粪质较硬或呈硬球状。

(5)25%以上时间有排便不尽感。

(6)钡剂灌肠或肠镜检查排除器质性疾病。

有2个或多于2个以上症状者，其诊断可确立。以上为国际标准，国内一般也适用。

［治疗］

根据动力学特点可分为3型：①出口梗阻型；②结肠无力型；③混合型便秘。各型特点及治疗有所不同。

1. 结肠无力型：因肠壁肌神经丛兴奋性低下，肠内容物通过迟缓而致便秘。也称高弛缓型便秘。这种情况往往由于老年人、身体素质差、衰弱、食量少、血压低或常服泻药，一旦停用者出现便秘。该型治疗除治原发病外，需增强体质、改善食谱、加大食量，配合应用一些促动力药。

2. 混合便秘型：因副交感神经兴奋性增强，肠道常有痉挛性收缩和运动失调而致便秘。又称痉挛性便秘。这种病人神经类型比较敏感，粪便如羊粪颗粒状，查体常可于左下腹触及索条状肠管及硬结的粪块。该型的治疗，需病人加强对此病的认识，调整生活习惯，适当应用通便药及钙通道拮抗剂，协调肠道运动功能。

3. 出口梗阻型：因直肠壁牵张感受器应激性下降，不能对到达直肠的粪便及时产生排便反射所致便秘。也称直肠型便秘。病人常有肛门下坠感。治疗上，一定要养成良好的排便习惯，集中精神排便，排便时不要受各种因素的干扰。平时多饮水，定时排便。

［预防与保健］

1. 凡有便秘者，首先要寻找便秘有无器质性病变，作钡灌肠或内镜检查，除外器质性病变。

2. 凡有心脑血管病者，一定要保持大便通畅，这对原病的治疗是至关重要的。

3. 医生要给予病人心理上的治疗，说明身体运动对正常排便习惯的意义，鼓励病人努力参与一些力所能及的劳动。

4. 饮食上要注意食量及对纤维素类食物的摄入，如粗制的米、面、芹菜、韭菜、菠菜及各种果品。

5. 药物对治疗便秘，无疑是重要而有效的措施，但要严格掌握用药的原则及挑选种类。用量尽可能小，必要时再用。

泻药分为以下几类：

1）容积性泻药：食物纤维、车前子、纤维素类衍生物（如甲基纤维素）。

2）渗透性泻药：盐类（如硫酸镁、硫酸钠）、乳果糖、甘油、液体石蜡、麻仁丸。

3）接触性泻药：蒽醌类、大黄、番泻叶、二甲苯烷类、酚酞、双醋酚丁、蓖麻油。

4）直肠内给药：开塞露、甘油栓。

当今，对于习惯性便秘，多用容积性泻药，其优点有：①不影响有益菌（乳酸菌、双歧菌、肠球菌）；②不产生黑变病；③不影响养分及维生素 C 的吸收；④不过分刺激肠壁；⑤不影响水电平衡。

最后要注意有无全身性疾患，甲状腺功能低下、电解质紊乱，尤其是某些药物影响，如阿片类制剂、抗胆碱能制剂，某些抑郁药等。各种原因，一旦明确，应立即排除以减轻或消除便秘。

贫　血

循环血液的红细胞数或血红蛋白量低于正常时称为贫血。贫血仅是许多疾病的一个症状，临床上根据临床症状和血细胞形态将贫血分成不同的综合病症。较常见的有：缺铁性贫血、再生障碍性贫血、巨幼红细胞性贫血。以下分别予以介绍。

能够引起贫血的原因很多，按发病机理可以分为造血不良、红细胞破坏过多和急慢性失血。造血不良又分为骨髓增生不良、造血原料不足等。由于贫血血红蛋白减少红细胞携带氧的能力下降，引起组织、器官缺氧，机体通过增加心率、心搏出量、呼吸频率和幅度来代偿缺氧，由此产生一系列症状和体征。贫血症状的有无及轻重主要取决于贫血的程度和发生的速度，同时也与病人年龄、有无其他心肺疾病以及心血管系统的代偿能力有关。

［**临床症状**］

1. 临床症状：

（1）一般表现为皮肤、粘膜、指甲苍白，疲乏无力，头晕耳鸣，记忆

力减退，注意力不集中等为贫血的早期表现。

(2)轻微活动或情绪激动以后即有气急、心率增快，严重者可出现心力衰竭的表现，查体发现心脏扩大，心尖部听到收缩期吹风样杂音。

(3)食欲不振、恶心、呕吐、腹胀；甚至腹泻，部分病人可出现舌炎。

(4)早期可出现多尿，严重时可出现浮肿甚至氮质血症，月经失调(闭经)和性欲减退也常见。

2. 实验检查：在非高原地区，血红蛋白含量成人男性＜120克/升，成人女性＜110克/升。

［治疗］

由于贫血的原因很多，治疗需根据不同病因，见以下各论。

再生障碍性贫血

再生障碍性贫血(简称再障)是由多种病因引起的骨髓多能造血干细胞衰竭及造血微环境的损伤，导致以全血细胞减少为特征的一种综合病症。主要临床症状有进行性贫血、乏力，体表及内脏出血以及反复感染，根据病程缓急分急性和慢性两型。常见的病因有药物、化学毒物、电离辐射、感染、妊娠、体质因素及骨髓增生异常。本病国内较常见，男性多于女性，男女比例为1.4∶1，年龄13～72岁，72%病人年龄小于40岁，故本病易发于青年。

［临床症状］

1. 诊断标准：

(1)全血细胞减少，网织红细胞数减少。

(2)多数病人无脾肿大。

(3)骨髓增生减低或重度减低。

(4)除外引起全血细胞减少的其他疾病。

(5)一般抗贫血治疗无效。

2. 分型：

(1)急性再生障碍性贫血(重型再障－Ⅰ型)：

1)发病急，以进行性贫血、内脏出血、严重感染为主要临床症状。

2)末梢血象血红蛋白下降快，并伴以下三项之两项：①网织红细胞＜1%，绝对值＜15×10^9/升；②白细胞数明显减少，中性粒细胞绝对值＜0.5×10^9/升；③血小板＜20×10^9/升。

3)骨髓像显示三系造血细胞明显减少,非造血细胞增多。

(2)慢性再生障碍性贫血:

1)发病慢,贫血、感染、出血较轻。

2)血红蛋白下降较慢,末梢血象中其他成分均较急性再障为高。

(3)重型再障-Ⅱ型:慢性再障病程中病情恶化,临床症状与急性再障相同。

3. 鉴别诊断:

(1)阵发性睡眠性血红蛋白尿,出血少见,网织红细胞增加,骨髓幼红细胞增生活跃,尿中含铁血黄素,糖水试验及酸化血清试验阳性为其特点。

(2)骨髓增生异常综合症的贫血体征需与本病相鉴别,骨髓穿刺多显示增生活跃。

(3)骨髓纤维化慢性型可伴肝脾肿大,骨髓X线片和骨髓活检呈典型的骨髓纤维化的表现。

(4)低增生性急性白血病骨髓穿刺显示原始细胞增加,可确诊。

[治疗]

1. 输血指征:

(1)血红蛋白<60g/L,有心功能不全时应输压积红细胞。

(2)血小板<20×10^9/L或有出血者输血小板。

(3)有细菌感染而对抗菌素治疗无效时输白细胞悬液4~5单位,连续4~7天至感染消退。

2. 防治感染:

(1)发热或有感染征象时应及时按经验使用广谱抗菌素。

(2)使用抗菌素前应作血、尿、咽或其他感染部位(如痰、大便、皮损等)的培养。

3. 慢性再生障碍性贫血的治疗:

(1)雄激素:是一种非特异性红细胞生成刺激剂,为首选治疗,疗程不少于6个月。

1)丙酸睾丸酮:100毫克,肌肉注射,每日1次。

2)康力隆:2毫克,口服,每日3次。

3)大力补:10毫克,口服,每日3次。

上述治疗如有效,约1个月左右网织红细胞开始上升,随后血红蛋白上升;约2个月后白细胞始有轻度升高;血小板升高最慢,常要3

个月以后并且往往不能恢复到正常。丙酸睾丸酮的雄性化作用明显,可出现女性男性化或男性性欲亢进的副作用,但多不严重,一般不影响治疗;由于长期肌肉注射可发生注射部位肿块,甚至形成脓肿应注意及时处理。本类药物尚可引起谷－丙转氨酶升高,有肝病者应慎用。

(2)血管解痉剂:阿托品,0.3～0.6毫克,每日3次,口服;或0.5毫克,皮下注射,每日1～2次。654－2,5～10毫克,肌注,每日1～2次。连用1个月为1疗程。以上两药可联合或交替使用。可引起心率增快和口干,有青光眼的病人禁用。

(3)胎肝造血干细胞移值。

4. 急性再生障碍性贫血的治疗:

急性再障起病急、病情重,需立即到血液病专科治疗。目前常用的治疗有骨髓移植(40岁以下,有同胞供髓者)、静脉输注抗胸腺细胞球蛋白和大剂量甲基强的松龙短程冲击疗法。拟行骨髓移植者应避免输血。

5. 肾上腺皮质激素:可减少毛细血管出血,泼尼松口服,每日15～30毫克。

[护理]

1. 清洁皮肤,避免感染。

2. 加强口腔清洁护理,每顿饭后刷牙并用4%苏打水及0.1%雷夫奴尔漱口。

3,保持大便通畅,必要时应用缓泄剂;便后清洗。

4. 居室经常通风换气,避免到公共场所,以减少呼吸道感染的机会。

营养性巨幼细胞性贫血

营养性巨幼细胞性贫血是由于叶酸和维生素B_{12}营养缺乏造成脱氧核糖核酸(DNA)合成障碍所引起的贫血。本病的特点为大细胞性贫血;骨髓呈巨幼红细胞生成,并可累及粒细胞及巨核细胞系列。常见原因为长期素食、偏食、蔬菜烹调不当、酗酒、不适当的饮食限制或"忌嘴"造成维生素B_{12}摄入不足;妊娠、婴幼儿生理需要量大或胃肠道疾病引起吸收不良。营养性巨幼细胞贫血具有地区性,我国以山西和陕西省等西北地区较多见,患病率可达5.3%。

[临床症状]

1. 有造成营养缺乏的病因。

2. 临床症状有贫血的一般表现，包括：乏力、头痛头晕、心悸、活动后憋气等；常伴食欲不振、恶心、腹泻、舌痛、舌红、舌面光滑等。维生素 B_{12}缺乏者可有周围神经病变的症状，如肢体末端麻木、感觉低下和异常，也可出现肢体运动障碍和精神忧郁等症状。

3. 末梢血象为大细胞性贫血：红细胞平均容积（MCV）＞100 飞升、红细胞平均血红蛋白浓度 MCHC320～360 克/升、红细胞平均血红蛋白量（MCH）＞32 皮克；可伴白细胞和血小板减少。

4. 骨髓呈巨幼红细胞生成，巨幼红细胞＞10%，粒细胞系统及巨核细胞系统也有巨型变。

5. 血清叶酸测定＜3 约克/毫升，血清维生素 B_{12}测定＜200 约克/毫升。

6. 叶酸、维生素 B_{12}治疗有效。

［治疗］

1. 叶酸：5～10 毫克，口服，每日 3 次。

2. 维生素 B_{12}：200 微克，肌肉注射隔日 1 次。疗程约需 15～30 天。

3. 严重者可能合并缺铁，应适当补充铁剂。

4. 病因治疗：患有消化道疾病人应积极治疗原发病。

［预防］

应从儿童期开始养成不偏食的饮食习惯，注意膳食中营养素的调配，老年和体弱者更要精心调理膳食结构，及时治疗牙齿及消化道疾患。

缺铁性贫血

缺铁性贫血是体内贮存铁被用尽，影响血红素合成所引起的贫血。特点为小细胞低色素性贫血。本症是最常见的营养素缺乏症，至今仍是世界各国尤其是发展中国家普遍而重要的健康问题。其高危人群为妇女、婴幼儿和儿童。常见病因为慢性失血（如月经多、痔出血、溃疡病、钩虫病等），铁的需要量增加（婴幼儿、妊娠、哺乳、月经）及吸收不良（胃大部分切除术后，长期严重腹泻、胃酸缺乏，嗜好浓茶等）。

［临床症状］

1. 有明确的缺铁病因及贫血的临床症状。

2. 小细胞低色素性贫血：红细胞平均容积(MCV)＜80飞升，红细胞平均红蛋白浓度MCHC＜320克/升，MCH＜26皮克。

3. 血清铁＜500微克/升，总铁结合力＜3600微克/升，转铁蛋白饱和度＜15%，血清铁蛋白＜12微克/升。

4. 骨髓铁染色显示骨髓小粒可染铁消失，铁粒幼红细胞＜15%。

5. 铁剂治疗有效。

另外，本病需与慢性病性贫血鉴别，此类贫血由慢性感染或炎症及恶性肿瘤引起铁利用障碍。特点为血清铁蛋白和骨髓细胞外铁增高，血清铁、总铁结合力及骨髓细胞内铁减少。

[**治疗**]

1. 纠正病因：积极治疗失血性疾病，如消化道失血、痔疮和女病人的月经失血过多。

2. 补充铁剂：

(1)口服：硫酸亚铁0.3克，或富马酸铁0.2克，饭后，每日3次，血红蛋白正常后需继续治疗3～6个月以补充贮存铁，避免复发。

(2)注射：由于注射铁剂引起局部刺激、过敏反应、过量导致血色病等不良反应，应尽量避免使用注射铁剂。如病人不能耐受口服铁剂、有消化道疾病、胃肠吸收障碍或需补铁量大时可考虑注射铁剂，但应严格控制用量。可按以下公式计算：

右旋糖酐铁总量(mg)＝300×(15－病人血红蛋白克数)＋500

首剂50毫克，深部肌肉注射，以后可每日或隔日100毫克。

[**预防与保健**]

1. 加强妇幼保健，预防早产，做好婴幼儿喂养指导，及时添加含铁量及铁吸收率高的辅食品；对较大儿童应纠正偏食的不良习惯；做到每日膳食营养平衡。

2. 积极防治月经病，重视置节育环月经过多的问题，及时就医治疗。

3. 防治寄生虫病，特别是钩虫病；有消化道慢性出血史的病人应注意补充铁剂。

泌尿系感染和肾盂肾炎

泌尿系感染是上下泌尿道感染的统称。下尿道感染有尿道炎、

膀胱炎;上尿道感染有输尿管炎、肾盂肾炎。肾盂肾炎可分为急性及慢性二期。急性期若不积极治疗易成慢性,而中年以上尿毒症病人中患慢性肾盂肾炎者占1/3。以下主要介绍肾盂肾炎的诊治。

肾盂肾炎的主要致病菌为大肠杆菌。致病菌可通过以下四种途径:①沿尿道上升经膀胱、输尿管至肾盂和肾间质而引起感染,女性尿道短易发病,2岁以下用尿布的婴儿发病率更高。②淋巴系统感染。③血行性感染。④直接感染肾组织诱发本病。

正常膀胱粘膜有一定的抑菌能力,仅细菌侵入尿道不一定致病。但若有下列诱发因素时则易患病:①各种原因引起的尿路梗阻,如尿路结石肿瘤、前列腺肥大等。②泌尿系畸形。③机体抵抗力下降,如糖尿病和使用肾上腺皮质激素者。④尿道及邻近组织的损伤和炎症,如导尿等。

[**临床症状**]

1. 急性肾盂肾炎,育龄妇女最多见,起病急骤,表现如下:

(1)高热寒战,体温多在38~39℃之间;

(2)腰痛,小腹酸痛,体检时在上输尿管点或肋腰点有压痛,肾区叩痛阳性;

(3)尿频、尿急、尿痛等膀胱刺激症;

(4)儿童病人的症状常不明显,起病时除高热等症状外常有惊厥、抽搐发作。

2. 慢性肾盂肾炎症状较轻,可由于急性肾盂肾炎治疗不彻底发展而成:

(1)疲乏,轻度厌食,低热。

(2)腰部酸痛,尿频、尿急、尿痛反复出现。

(3)晚期肾功能受损,夜尿多、尿比重低、二氧化碳结合力低、尿素氮高、贫血等。

3. 其他检查:

(1)急性期白细胞数一般升高到1~2万,中性粒细胞的百分比升高。

(2)尿常规检查简便易行,有诊断意义。尿中有白细胞每个高倍视野大于5个或成堆出现,白细胞管型提示肾内的炎症或化脓,尿蛋白从微量到中等量。

(3)尿细菌学检查:清洁中段尿培养,清晨第一次尿的阳性率最

高；菌落计数>10^5/ml 为阳性。

(4)X线检查：急性者无需作，慢性病人应视需要作腹部平片、静脉肾盂造影、逆行肾盂造影等，发现有无结石、梗阻等；此外，慢性肾盂肾炎病人的肾盂可有轻度扩张或呈杵状及畸形，以此可与其他肾脏病鉴别。

4. 鉴别诊断：

(1)肾结核起病缓，一般抗生素治疗效果差，尿结核菌检查可确诊。

(2)慢性下尿路感染，可有尿频、尿急、尿痛或膀胱区压痛的症状，尿检可有菌尿和尿中白细胞增多，但无发热、腰痛、上输尿管点压痛及肾区叩痛，两者有时鉴别困难。

(3)慢性肾小球肾炎，本病有浮肿、大量蛋白尿鉴别不难，尿蛋白量大于3克/日，则多属肾小球病变。

(4)尿道综合症，有尿频、尿急、尿痛，但尿菌培养阴性或菌落数<10^4/毫升。男性由于前列腺炎引起，女性可由于尿道旁腺炎引起。其诱因为受冷、性生活、洗浴或避孕措施不当等。去除上述诱因后，尿路刺激症状消失。

［治疗］

最好在治疗前作清洁中段尿培养、菌落计数和药敏试验。抗生素使用应合理，用量足、疗程够；切忌滥用、随意停药。

1. 急性肾盂肾炎：

(1)门诊病人可先从口服药开始，选用对革兰阴性杆菌敏感的药物如吡哌酸0.5克，每日3～4次；氟哌酸0.2克，每日3次；肾功能正常者可肌肉注射庆大霉素8万单位，每日两次，但必须注意耳毒性和肾毒性。

(2)住院病人或病情急重者宜静脉输注头孢二代或三代抗菌素。

(3)如用药得当，24小时内症状改善，若48小时不改善应换药，一般根据药物敏感试验选择。

(4)用药至症状消失、尿检正常3～7天后停药。

2. 慢性肾盂肾炎：

(1)原则是联合用药，分组轮替，长期维持。将敏感药物分组，如呋喃坦叮加氟哌酸。

(2)如已有肾功能减退，使用有肾毒性的药物时应注意肾功能的

变化，最好慎用。

(3)注意尿液 pH 对抗菌素的作用。尿酸化后呋喃坦叮、氨苄青霉素药效增强；碱化后氨基甙类，如庆大霉素、卡那霉素，头孢类效果增强。

［预防与保健］

1．下尿路感染上行导致肾盂肾炎者不少见，预防下尿路感染很重要。

(1)养成良好卫生习惯，清洗外阴，换洗内衣应从小作起，外阴清洗仅用温开水即可，尽量不要长期用高锰酸钾或其他消毒剂冲洗外阴。

(2)婴幼儿要勤换尿布，大便后最好冲洗外阴，应从前向后冲洗和擦拭。

(3)已婚女性注意房事清洁，事后排尿以冲洗尿道，反复尿路感染者可口服呋喃坦叮以防发作。

(4)妇女月经期和妊娠期更应注意多饮水、勤排尿，一定不要憋尿。

2．增强体质，提高机体防御能力。

3．积极治疗和消除各种诱因。男性尿路感染往往是尿路梗阻所致，最常见的原因是前列腺炎、前列腺增生；一些男性病人对此常不重视或不愿提及而造成病情发展累及肾脏。

糖尿病

糖尿病是由于血糖升高导致尿中出现糖分，并由此出现多尿、多饮、多食、消瘦三多一少症状的内分泌代谢性疾病。糖尿病与冠心病、肿瘤已成为当前影响人类健康的三大非传染性疾病，目前糖尿病的患病率已高达 3%，也就是说目前我国已有 4000 万糖尿病病人。糖尿病可导致急性代谢合并症和慢性肾脏、心脑血管、眼部合并症而大大缩短病人寿命，降低生活质量。

通常把糖尿病分为原发性糖尿病和继发性糖尿病。原发性糖尿病又分为胰岛素依赖型（IDDM，Ⅰ型）和非胰岛素依赖型糖尿病（NIDDM，Ⅱ型）。胰岛素依赖型糖尿病一般 30 岁前发病，易出现酮症，必须用胰岛素治疗。非胰岛素依赖型糖尿病多在 40 岁后发病，

一般不易出现酮症，不需靠胰岛素治疗维持生命。继发性糖尿病是继发于其他疾病的糖代谢紊乱。这些常见的疾病有肢端肥大症、甲亢、皮质醇增多症、肝病和胰腺炎等。

［**临床症状**］

1. 糖尿病的诊断：

(1)具有典型的症状，如口渴、多尿、疲劳、消瘦和皮肤易感染，空腹血糖≥7.8 毫摩尔/升，或随机血糖≥11.1 毫摩尔/升。上述结果重复两次即可以诊断糖尿病。

(2)当上述结果不明确或出现以下任何一种情况应进一步作口服糖耐量试验(OGTT)以确定诊断：

1)尿糖阳性而空腹血糖正常。

2)餐后 2 小时血糖≥9.0 毫摩尔/升，但低于 11.1 毫摩尔/升。

3)有糖尿病家族史包括患糖尿病的孪生兄弟。

4)女病人有妊娠过期、胎儿过大或死产病史者。

5)有自发性低血糖反应者。

(3)OGTT 诊断糖尿病的标准：

1)有糖尿病症状，2 小时血糖≥11.1 毫摩尔/升。

2)无糖尿病症状者要求 OGTT 2 小时及 1 小时血糖均≥11.1 毫摩尔/升，或重复一次 OGTT 2 小时血糖≥11.1 毫摩尔/升；或空腹血糖≥7.8 毫摩尔/升。

达到上述指标可确诊为糖尿病。

2. 糖尿病分型诊断：

两型糖尿病不仅发病原因、遗传倾向、临床症状不同，而且治疗也不同，这对糖尿病病人是十分重要的，因此必须在治疗前判明分型以选择治疗方式和估计预后。两型鉴别见表。

糖尿病分型

特点	IDDM	NIDDM
发病年龄	多在 30 岁前	多在 40 岁以后
营养状态	消瘦，不胖	多超重或肥胖
起病情况	起病急，症状重	起病缓，症状轻或无症状
酮症倾向	常见	少见，仅于应激时出现

特点	IDDM	NIDDM
免疫学检查	胰岛细胞抗体和谷氨酸脱羧酶抗体阳性	很少阳性
胰岛素/C肽水平	绝对低	正常、稍低或高于正常
胰岛素治疗	必需	一般不需要

［治疗］

糖尿病的治疗目的是改善代谢的紊乱状态，防止和延缓并发症的发生，提高病人生活质量。

1. 有关糖尿病教育已经成为糖尿病治疗的重要环节。糖尿病是伴随病人终生的疾病，只有病人自己掌握了有关的知识，才能主动配合治疗取得满意的代谢控制。糖尿病病人及家属应该至少参加一次就诊医院举办的糖尿病知识教育讲座。

2. 饮食治疗是各型糖尿病和各种治疗的基础。对于 IDDM 病人，保持合理的相对恒定的热量摄取可以良好的改善营养不良状态并避免发生低血糖反应和体重增加。对于 NIDDM 病人，适当限制热量可达到减轻体重降低血糖的作用。饮食治疗应在医生或营养师的指导下进行。饮食限制应该是限制总热量的摄取，合理分配碳水化合物、脂肪和蛋白质比例；纠正单纯限制主食而蛋白质摄入过多的错误概念。

合理饮食简易估算法：主食固定，按体力需要，休息病人每日主食 200～250 克；轻体力劳动者 300～400 克；重体力劳动者 400 克以上。每日新鲜蔬菜 500 克以上，牛奶 250 毫升，鸡蛋一个，瘦肉 100 克，豆制品 50～100 克，烹调用油 15～30 克，盐 6 克。

为避免单调，简易食品交换法可参照以下方案：

50g 富强粉＝75g 馒头＝69g 生切面＝150g 白薯。

100g 大米＝250g 米饭或 300g 软米饭。

50g 鸡蛋（中等大小）＝40g 瘦肉、鱼或虾。

50g 瘦肉＝12g 豆腐。

25g 主食＝150g 苹果＝200g 鸭梨或葡萄＝175g 柑橘＝100g 香蕉。

3. 运动治疗也是糖尿病的基本治疗方法之一。运动治疗适用于多数 NIDDM 病人，如肥胖者和空腹血糖在 16.7 毫摩尔/升以下者，和

处于稳定期的 IDDM 病人。运动方式有多种，最简便易行的是散步。糖尿病病人的运动应循序渐进并持之以恒，切忌运动过量和随意中断。

4. 药物治疗：

(1)口服药：

1)磺脲类，如优降糖、美吡达、达美康、糖适平等，其作用以刺激胰岛细胞释放胰岛素为主。NIDDM 病人餐前服用效果好。最严重的副作用是低血糖；

2)双胍类，如二甲双胍、美迪康、迪化糖定、格华止等，主要作用是抑制肠道葡萄糖的吸收和促进葡萄糖的利用，多用于肥胖的 NIDDM 病人，主要副作用是消化道不适，故应餐后服用；

3)α－葡萄糖苷酶抑制剂(拜糖平)抑制淀粉和多糖的分解和吸收，主要用于轻型的 NIDDM 病人，餐中咀嚼口服效果最佳，副作用为腹胀和消化道不适。

(2)胰岛素替代或补充治疗：

1)适应证：IDDM 病人的终生替代治疗；NIDDM 病人发生急性代谢并发症者；NIDDM 病人原发或继发口服降糖药失效者；NIDDM 病人有严重肝、肾、心、脑、眼并发症者；糖尿病病人有手术、外伤、妊娠、分娩、急慢性感染等应激状态者。

2)胰岛素种类：按胰岛素来源分为牛胰岛素、猪胰岛素和基因工程合成的人胰岛素。后者因与人胰岛素结构完全相同而不产生免疫反应，为长期胰岛素替代补充治疗的最佳选择。

按胰岛素作用时间分为短效、中效、长效和以一定比例预先混合的短效和中效胰岛素。目前国内市场有国产的短效长效猪胰岛素，进口的短中长效人胰岛素和按 30% 短效、70% 中效比例预混的混合胰岛素。在使用胰岛素时一定要仔细确认切勿混淆。

3)胰岛素的使用：常规皮下注射，仅在抢救糖尿病急性代谢并发症时才需静脉滴注。注射部位皮肤应保持清洁，并经常轮换注射部位，以免造成局部脂肪萎缩。常用的注射部位有腹部、大腿、上臂和臀部。

胰岛素过敏反应和胰岛素抵抗主要发生在使用猪或牛胰岛素的病人。表现为注射局部或全身出现皮疹或水肿，或胰岛素需要量不断增加。更换纯度更高的胰岛素或人工胰岛素可缓解之。

注意胰岛素的有效期，切勿使用过期变质的胰岛素。胰岛素应储存在2～8℃环境中（切不可冷冻）。

(3)药物治疗中低血糖的发生和防治：在药物治疗时最常出现和最危险的副作用就是低血糖。常见的原因有药物选择不当，剂量过大，饮食不规律，活动量增加等。低血糖的表现轻者为头晕、心慌、哆嗦、出汗和反应迟钝，重者可精神异常、说胡话或昏迷。糖尿病病人特别是老年人，如果发现其行为异常特别是昏迷时一定要想到低血糖。如有条件测血糖<2.78mmol/L即可确定。一经发现应立即口服或静脉补充含糖液，严重病人必须马上送医院抢救。

糖尿病病人特别是使用胰岛素的病人应随身携带记有病名、治疗药物及就诊医院的卡片以便获得及时正确的抢救。避免上述低血糖发生的原因是防止低血糖发生的关键。

糖尿病的治疗种类繁多，在选择治疗方案时应坚持个体化的原则，病人应遵医嘱执行，不应随意改变和停止治疗。

[糖尿病的并发症]

1. 急性并发症：

(1)糖尿病酮症酸中毒：多发生在IDDM病人延误或不正确的胰岛素治疗、严重感染、创伤和大手术的应激状态以及情绪波动时。通常在数小时或数天内发作。临床症状为多尿、口渴症状加重、腹痛呕吐，严重者可出现脱水及意识障碍，甚至昏迷；血糖常明显升高（>20mmol/L），血酮体升高、尿酮体阳性。出现上述症状必须立即开始胰岛素治疗。

(2)高渗性非酮症性糖尿病昏迷：常见于老年NIDDM病人，甚至一些不知自己患病的病人。由于各种原因引起的脱水、脑血管病和肾脏病为诱因。意识障碍昏迷为主要表现；血糖显著升高（>25毫摩尔/升），尿酮体可阴性或弱阳性。出现上述症状必须立即进行补液治疗，纠正高渗状态。本症一旦发生死亡率很高。

(3)糖尿病乳酸酸中毒：可由酒精或其他肝脏病促发，或与休克有关，双胍类口服降糖药使用不当也是重要原因。本症治疗困难，预后很差，关键在于防止出现。

2. 慢性并发症：

由于长期存在的高血糖状态，机体各系统都会受累发生以下并发症：

(1)感染性并发症:糖尿病病人的免疫功能低下,各种感染的发生率均高于常人,代谢控制差的病人尤甚。最常见的感染是慢性泌尿系感染和肺结核,此外反复发生的皮肤疖、痈常是糖尿病的首发症状。

(2)糖尿病视网膜病变和白内障:糖尿病病人出现视物模糊,严重者可失明。眼科检查发现眼底微血管瘤、出血和血管增生或晶状体混浊。良好的血糖控制及定期眼科检查是预防本症的关键。在血糖控制满意基础上,必要的眼科治疗可延缓或停止本症的发展。

(3)糖尿病肾病:高血糖是造成糖尿病病人肾脏功能形态改变的病理基础。一旦出现临床蛋白尿已进入本症的中晚期,目前尚无直接针对糖尿病肾病的有效治疗。良好的代谢控制是防止或延缓本症发生发展的重要措施,同时定期检查尿中微量白蛋白排出率,监测血压并及时治疗可改善本症的预后。

(4)糖尿病性神经病变:糖尿病可合并多种神经病变,最常见的是糖尿病末梢神经炎。病人主要以感觉神经障碍为主,多呈手套袜套样分布的麻木感、疼痛感;肌电图示神经传导速度减慢。代谢控制和营养神经药物如B族维生素为主要治疗方法。

(5)糖尿病足:是糖尿病致残的主要原因。其原因是糖尿病大血管病变引起的肢端缺血,神经病变、感染,同样高血糖也是致残的重要原因。临床症状为足部皮温下降,色暗疼痛或痛觉消失,肢端干湿性坏疽。积极控制血糖、改善局部血液循环和控制感染的综合治疗可尽量保存患肢,避免致残。

[预防、护理与保健]

1. 预防:随着社会生产力的发展,物质文明的繁荣,我国人民的生活水平逐年提高。城市和经济发达的农村人口每日摄取的热量增加,饮食结构也由原来的以碳水化合物为主向蛋白质脂肪含量的增加转变。随之而来的是体重增加、肥胖、高血压、糖尿病、冠心病这类疾病的发病率逐年增加。鉴于这类疾病对人类寿命、生活质量带来的巨大影响,预防其发生有着重要的意义。

(1)改善不良生活习惯,包括吸烟、酗酒、暴饮暴食。

(2)增加体力活动,尤其是那些从事久坐少动的工作人员,每周至少要有1~2次体育锻炼。

(3)注意控制体重,避免肥胖发生。限制每日热量摄取,应从青

少年开始少饮含糖饮料。

(4)有糖尿病家族史者、出生体重低者、肥胖者、妇女有异常妊娠史者都应定期检查血糖尿糖,必要时作糖耐量试验以期尽早发现糖尿病。

2. 护理与保健:

(1)糖尿病病人及患儿的家属或家长应和病人一起接受糖尿病教育,和病人一起克服疾病。应该尽量为病人营造一个轻松愉快的生活环境。

(2)注意合理安排病人的饮食起居,尤其是儿童和老人生活自理能力差需特殊关心;建议糖尿病病人家庭准备一个小食品秤,以便准确计量饮食。

(3)学会自我监测血糖尿糖。尿糖测定是比较简便易行的方法,一般查空腹及三餐前后及睡前尿糖,但老年人往往尿糖不能正确地反映血糖,应当加以注意。注射胰岛素的病人,如有条件可购置一台快速血糖仪自己监测血糖,使血糖得到最满意的控制而又避免发生低血糖。

(4)糖尿病病人应每天洗脚,并经常检查足部有无破损,走路和运动时应穿柔软舒适的运动鞋,防止糖尿病足发生。

虽然糖尿病是伴随终生的疾病,而且有许多并发症,但只要病人重视它,积极配合治疗是完全可以达到满意的代谢控制目标的,进而防止和延缓并发症的出现和发展,最终实现提高糖尿病病人生活质量的目的。

尿崩症

由于下丘脑－垂体后叶病变使抗利尿激素减少引起的以多饮、多尿为主要特征的疾病称为尿崩症。抗利尿激素产生于下丘脑的神经细胞,并由神经细胞的轴索输送到垂体后叶储存,根据体内渗透压和血容量状况释放入血,主要作用于肾脏增加水的吸收。上述任何部位的病变和损伤均可造成尿崩症。尿崩症分为原发性尿崩症和继发性尿崩症。原发性尿崩症的病因不清,可能有遗传性;由脑肿瘤及其他中枢神经系统炎症、损伤引起的称继发性尿崩症。由于本病的主要症状多尿、多饮给生活和工作带来很多不便和烦恼,因此认识本

病,及时诊治对提高病人生活质量的意义重大。

［临床症状］

1. 尿崩症的诊断依据:

(1)突然出现的多饮和多尿症状伴口渴、干燥感,病人多喜饮冷水;每日尿量在5升以上,有时可多达10升;尿量失去正常昼多夜少的规律,一日内变动不大。

(2)因大量饮水,进食少,病人多消瘦,营养不良,儿童期发病则生长发育受影响。

(3)尿常规检查示尿比重低,常在1.006以下;尿渗透压低于血渗透压,常在280毫摩尔/(升·千克)体重以下。

(4)血渗透压和血钠水平可正常或稍高。

(5)行禁水试验尿量不减,尿渗透压和尿比重不升高,体重可减3～4千克,血渗透压明显升高;抗利尿激素试验性治疗可明显减少尿量,增加尿比重和尿渗透压。

2. 鉴别诊断:

(1)糖尿病:本病病人尿比重高;且尿糖血糖高不难鉴别。

(2)肾性尿崩症:本病是由于肾小管对抗利尿激素反应下降引起的,有先天性和获得性两种,后者因各种原因损害肾小管所致;对抗利尿激素试验性治疗无反应。

(3)精神性多饮:因本病的治疗与尿崩症截然不同,故临床鉴别非常重要。正规的禁水试验,高渗盐水试验使尿比重增加、尿量减少可鉴别。

［治疗］

1. 抗利尿激素的替代治疗:去氨加压素(DDAVP,商品名:弥凝)是目前最好的替代品。有口服片剂,每片0.1毫克或0.2毫克,适用于有生活自理能力的病人;鼻喷剂0.1毫克/毫升,适用于不能耐受口服药和神志不清不能吞咽者;静脉注射剂4μg/ml。本药尚可治疗5岁或以上儿童夜间遗尿症。

抗利尿激素的治疗必须在医生指导下进行,替代剂量应因人而异,最初从小剂量开始试验,选择最低有效剂量维持治疗,既经济又可避免过多的抗利尿激素造成体内低钠、水过多。

2. 口服药物治疗:

(1)双氢克尿塞25毫克,每日2～3次,治疗期间应限钠盐,长期

用可致血糖升高。

(2)氯磺丙脲0.1毫克,睡前服,有降低血糖的作用,应注意低血糖反应。

(3)安妥明0.25～0.5毫克,每日2～3次,可有肝损害。

[保健]

1. 儿童如出现多尿特别是夜尿增多或5岁以上遗尿者应注意观察其全天尿量,如大于3升应及时就医。

2. 老年病人特别是生活不能自理者应注意其每日饮水量和尿量,并采用切实可靠的治疗药物。

甲状腺功能亢进症

甲状腺功能亢进症(简称甲亢)是由于血液中甲状腺激素水平异常升高产生的一系列症状。典型的临床症状有怕热多汗、心慌哆嗦、多食消瘦、乏力等。甲亢不是一种病,而是多种病因引起的一组临床症状。可以造成甲亢症状的疾病很多,一类是引起甲状腺功能亢进的疾病:如弥漫性甲状腺肿伴甲亢,又称格雷弗斯病(Graves 病),产生甲状腺刺激素的肿瘤如垂体微腺瘤,具有分泌甲状腺激素功能的毒性甲状腺腺瘤;另一类是无甲状腺功能亢进而仅有甲亢症状的疾病,包括由于甲状腺组织被破坏,甲状腺激素释放入血的疾病,如各型甲状腺炎和不适当地服用甲状腺激素出现的甲亢症状。

临床上较多见的是弥漫性甲状腺肿伴甲亢(以下简称 Graves 病)。Graves 病的病因尚无定论,目前较公认的理论是自身免疫性因素刺激甲状腺组织发病。发病诱因有焦虑、紧张、精神刺激等。本病是内分泌科的常见病。女性较男性多见,多于20～40岁发病,儿童和老年较少,但由于临床症状不典型,容易误诊。

[临床症状]

1. 临床症状:

(1)有怕热多汗、易饥多食、消瘦乏力、腹泻、急躁易怒、心慌手抖的典型症状,女性病人可出现月经过多。

(2)儿童以心慌为主要表现,其特点为静息(如睡眠)时心率仍不减慢。

(3)老年病人的症状常很不典型,可没有多食甚至厌食的表现,

一些病人有精神异常表现,也有一些病人因心慌、心律失常就诊于心内科。仔细询问和检查可以帮助诊断。

(4)检查身体发现病人心率增加,每分钟多大于100次,脉压增加,眼球突出,双侧甲状腺弥漫对称性增大,常在甲状腺的上下极触摸到震颤并听到血管杂音,有些病人的小腿前部可出现粘液性水肿。

2. 甲状腺功能检查:

(1)血清甲状腺激素(T_3、T_4)水平增加,及相关的甲状腺刺激素(TSH)水平下降是本病的重要诊断依据。此法简便易行,结果可靠。

(2)如临床症状不典型或诊断困难者需进行吸^{131}Ⅰ率测定,本病病人表现为吸碘率增加并伴高峰前移。孕妇和儿童禁用或慎用此法。

3. 鉴别诊断:由于引起甲亢的原因很多,各自的治疗方法不同,所以有必要进行鉴别诊断。

(1)甲状腺刺激素异常增加引起的甲亢,多见于垂体腺瘤或微腺瘤,和某些有分泌TSH功能的肿瘤。特点为血清TSH增加,并有不同部位肿瘤相应的症状。

(2)毒性甲状腺腺瘤、甲状腺的单个无痛性肿物,甲状腺核素扫描示肿物部位放射性浓聚,周围放射性浅淡。

(3)各种甲状腺炎引起的甲状腺激素释放过多,临床症状有甲状腺局部疼痛或肿大;实验室检查呈甲状腺激素水平增加而甲状腺吸^{131}Ⅰ率降低的分离现象;甲状腺组织自身免疫抗体阳性。

4. 并发症。

(1)甲亢危象是甲亢急症:临床症状为高热,体温>39℃,心率>160次/分钟,伴大汗、恶心呕吐、腹泻、意识障碍。诱因为甲状腺手术和应激状态。必须马上抢救。

(2)恶性突眼症:双侧眼球不对称突出伴复视,眼肌麻痹,视力下降。

(3)周期性麻痹:男性病人多见,发生在甲亢症状明显时期,常在运动后,多饮酒后发作,手足无力甚至瘫痪,伴低血钾。可自行缓解,严重者需静脉补钾。随甲亢症状好转而停止发作。

[**治疗**]

1. 药物治疗:

(1)适应证:初发者,手术治疗的前期准备,甲亢合并妊娠者。

(2)常用药物:他巴唑(甲硫咪唑,MMI)和丙基硫氧嘧啶(简称丙硫,PTU)。

(3)使用方法:开始足量(他巴唑30毫克/天,丙硫300毫克/天),4~8周后如症状好转、甲状腺功能正常,则缓慢减药至维持量(他巴唑5毫克/天,丙硫50毫克/天),维持治疗0.5~1年不复发停药。服药总量不够或疗程不足均是复发的原因。

(4)注意事项:这两种药具有共同的副作用,即皮疹、白细胞减少和药物性肝损害。服一种药出现皮疹可换用另一种药或换其他治疗方法。白细胞减少特别是中性粒细胞减少十分危险,因此足量用药时必须定期监测白细胞,至少每2周查血常规1次,如出现发热、明显乏力、咽痛则应马上就诊。肝功能应每月检查一次。甲亢本身可引起白细胞轻度降低和肝功能异常,所以在服药前应检查,以便进行对照。

2. 手术治疗:

(1)适应证:成年者,甲状腺肿大明显或出现吞咽和呼吸困难,胸骨后甲状腺肿大,毒性甲状腺腺瘤,药物治疗困难和复发的Graves病,不愿内科治疗者。

(2)禁忌证:未成年者,合并出血性疾病人及其他手术禁忌证者。

(3)术前准备:术前必须用抗甲亢药物将甲亢症状控制满意。手术指征是:甲亢症状消失,体重增加,心率<90次/分钟,T_3、T_4正常。

(4)术后并发症:永久性甲低(需终生甲状腺激素替代治疗),甲亢复发,声带麻痹,声音嘶哑,手足搐搦。

3. 同位素治疗:被甲状腺组织摄取的^{131}Ⅰ产生的β射线破坏甲状腺细胞,起到非手术切除甲状腺的目的。

(1)适应证:中老年病人,中重度甲亢者,因白细胞减少及其他合并症而不能进行药物治疗者。

(2)禁忌证:青少年病人,今后希望妊娠者,可疑甲状腺癌者。

(3)并发症:永久性甲低(需终生甲状腺激素替代治疗),甲亢复发。

[预防、护理与保健]

1. 合理安排工作、学习,注意劳逸结合;保持乐观的情绪,正确对待生活、工作中发生的事件,可减少本病的发生。

2. 病人应该避免精神紧张、情绪激动;在治疗期间最好适当休

息。

3. 症状尚未控制的病人，如需急诊手术和合并严重感染等应激状态，应通知医生或及时到综合医院就诊，进行必要治疗以免诱发甲亢危象。

4. 甲亢病人症状严重时往往急躁易怒，家人和同事应予以谅解。

5.Graves病病人症状未获控制时应避免进食富含碘盐的食物。社会上一些无照行医者往往利用碘剂能暂时抑制甲状腺素释放，症状很快缓解的特点“治疗”甲亢，但多数病人很快复发并且治疗困难；因此，希望甲亢病人尽量到内分泌专科就诊，以免延误治疗。

甲状腺功能低下症

甲状腺功能低下症（简称甲低）是由于甲状腺组织分泌甲状腺激素减少甚至消失引起的全身低代谢症状。甲低也是一组由多种病因引起的综合征。根据病因的部位把甲低分为原发性甲状腺功能低下症和继发性甲状腺功能低下症。原发性甲状腺功能低下症指的是甲状腺本身疾患，包括特发性甲状腺功能低下症、医源性甲低、先天性甲状腺组织发育不全（呆小病、克汀病）、慢性甲状腺炎、地方性甲状腺肿等。继发于垂体或下丘脑功能低下的甲状腺功能低下症有席汉综合征、TSH单独缺损症。本症从出生前胚胎期开始到老年人各个年龄均可发病。女性较男性多见。本病起病隐蔽、缓慢，常不易察觉而发展到出现心脏、肾脏并发症，甚至仅轻微受凉即昏迷不醒。

[**临床症状**]

1. 临床症状：

(1)粘液性水肿为特征性表现，多在颜面、四肢出现。皮肤无汗干燥脱屑，毛发粗糙断裂。眉毛外1/3脱落也是甲低的特征性表现。

(2)低代谢表现：怕冷无汗，体重增加。

(3)心动过缓，心脏扩大、心包积液，心电图示低电压。

(4)食欲低下，严重的便秘。

(5)反应迟钝、淡漠，明显的记忆力减退；新生儿呆小病者少哭少动，智商低下；老年人可表现为痴呆或抑郁症。

(6)新生儿、幼儿、儿童生长发育缓慢，身高低于相应年龄正常值。成人表现乏力，肌力低下，腱反射减弱。

(7)面色苍白，贫血，血色素低。

(8)声音变哑，打鼾；女性病人月经过多。

2. 化验检查：

(1)血清甲状腺激素 T_3、T_4 低于正常，甲状腺刺激素 TSH 高于正常为原发性甲低；血清 T_3、T_4 低于正常，TSH 也低于正常者为继发性甲低。

(2)甲状腺吸^{131}Ⅰ率低者提示特发性甲低，先天性甲状腺发育不全，继发性甲低；吸^{131}Ⅰ率高提示地方性甲状腺肿。

(3)血中各种酶类，如转氨酶(ALT、AST)、乳酸脱氢酶(LDH)、肌酸磷酸激酶(CPK)升高，总胆固醇可明显增加。

[治疗]

无论何种原因引起的甲状腺功能低下症都应进行甲状腺激素的补充治疗。本症通常是不可逆的，因此甲状腺激素的替代治疗应该持续终生。

1. 甲状腺激素的种类、剂量及特点：

(1)甲状腺干制剂：甲状腺片，每片 40 毫克或 60 毫克，为 T_3、T_4 的混合制剂，两者的含量不够恒定，但价格低廉易于承受。

(2)合成 T_4 制剂：左旋甲状腺素(LT_4)，每片 100 微克，剂量准确，半衰期长，血浓度恒定，在体内根据需要转化成有活性的 T_3，更接近生理状态，实为替代疗法的首选；但目前只有进口产品，价格昂贵难于承受。

2. 注意事项：

(1)替代治疗应终生持续，千万不能随意停止；病人应定期到专科门诊随诊，由医生调节剂量。

(2)应从小剂量开始，逐渐增加至能够满意纠正低代谢症状，并根据冷暖增减剂量。

(3)因甲状腺素增加心肌耗氧量，年长者尤其是合并冠心病的病人应慎重加量。如有心脏症状应减回原剂量，这类病人应定期作心电图观察。

[预防与保健]

1. 早期发现本病可以减少并发症的发生。新生儿呆小病如能获及时替代治疗则可使神经系统发育接近正常。目前许多医院已采用 TSH 试纸片筛查新生儿甲低。

2. 甲低病人应激能力差，寒冷季节应注意保暖，遇创伤、感染、手术麻醉等应激状况应向接诊医生提供以前的治疗情况，以免忽视本病的存在，造成严重后果。

肥胖症

肥胖症是人体的过剩热量以脂肪的形式储存在体内，大于标准体重20%的病理状态。临床上引起肥胖的原因很多，简单的分成继发性肥胖症和单纯性肥胖症。继发性肥胖症指的是由下列内分泌疾患引起的症状性肥胖；能够引起肥胖的疾病有：下丘脑病、垂体瘤、糖尿病早期、胰岛细胞瘤、甲低、皮质醇增多症、性腺功能减退症。本节主要介绍的单纯性肥胖症又分两种：体质性肥胖症为幼年起病，脂肪细胞数目多且肥大；获得性肥胖症 20～25 岁后发生肥胖，脂肪细胞仅肥大而不增加数目。单纯性肥胖症的发病原因很多，主要有：遗传，许多病人有肥胖家族史，神经精神因素，一些病人尤其是获得性肥胖症者，常在精神受刺激后或情绪波动时暴饮暴食；相对低的代谢率使肥胖症者的能量消耗少；高胰岛素血症和胰岛素抵抗或许也是引起肥胖的原因；此外营养丰富活动减少的生活方式也促使了肥胖的发生。肥胖症是一种病态，除了可增加诸如高血压、糖尿病、冠心病、脑血管意外这类“现代文明病”发生的危险性外，其本身也给病人带来许多生理和心理的问题；因此增加对本病的认识，重视预防本病是十分必要的。

［**临床症状**］

1. 肥胖的表现：

(1)活动耐力下降，稍活动即气喘吁吁、出汗，可出现缺氧；严重者由于心肌负荷长期过重，可出现心功能下降甚至猝死。

(2)男女两性均可有性腺功能低下表现，女性可闭经不育，男性多阳痿不育。

(3)食欲亢进，常便秘腹胀。

(4)当肥胖发生较快时可在臀外侧、大腿内侧、下腹部等处出现较细的淡红色皮纹，儿童尤其易于出现。

2. 肥胖的判断：

(1)标准体重(千克)＝［男性成人身高(cm)－100(女性为 105)］

×1 千克;大于标准体重的 20% 为肥胖。

(2)体重指数 = 体重(千克)/身高的平方(平方米);大于 24 为肥胖。

3. 单纯性肥胖的鉴别诊断:

(1)皮质醇增多症:此种病人呈向心性肥胖,皮纹宽而深紫,血压高,内分泌专科检查可确定。

(2)甲状腺功能低下:明显的代谢率低下,精神萎靡不振,粘液性水肿,甲状腺激素水平低下。

[治疗]

1. 控制饮食是肥胖症治疗的基础。限制每日总热量,使之低于每日消耗的热量,达到逐渐降低体重的效果。宜采用普通食物——平衡低热量饮食,其中碳水化合物、脂肪、蛋白质占总热量之百分数分别为 50:35:15。多数病人每周减体重 1 千克为宜。一般体力活动妇女每日热量限制在 33470~50200 焦耳/升,男性 41840~58580 焦耳/升。

2. 增加运动量:病人如能坚持每日散步 1 小时,1 个月中可使体重减轻 1.4 千克,第二个月后减 2.6 千克,3 个月减 4 千克。如此可使中度肥胖者于 1 年后体重降至理想标准范围。体育锻炼应循序渐进,持之以恒方能收到良好效果。

3. 药物治疗:苯丙胺 5~10 毫克,每日 1~3 次,其副作用是有欣快感并有成瘾的危险。

二甲双胍 500 毫克,每日 2~3 次,有肝肾功能异常者禁用。

药物治疗的作用有限,且副作用多,只能在医生指导下短期使用,病人不应把减肥的希望全部寄托于药物治疗。

[预防与保健]

1. 从婴儿时期的喂养就应注意科学合理的供给热量,减少体质性肥胖。

2. 养成良好的生活习惯,包括健康的平衡饮食和经常的体育活动是防治本症的关键。

痛　风

痛风又称高尿酸血症,是因嘌呤代谢紊乱所引起的疾病。痛风

分原发性痛风和继发性痛风。原发性痛风男性多见，40 岁后发病，似与遗传因素有关。继发性痛风的原因为：某些恶性肿瘤及血液病化疗等。尿酸自肾脏排出减少和尿酸产生过剩是痛风发病的主要机制。痛风的表现形式有痛风性关节炎、痛风石、肾结石和痛风肾。

[临床症状]

1. 痛风性关节炎：

(1)起病急，诱因为外伤、饮酒、过劳等。

(2)部位：拇趾、跖趾关节最易受累。

(3)表现：局部剧痛、红肿，体温升高，最终关节僵硬，活动受限。

(4)发作时血沉快，X 线片可见骨骼圆孔样缺损。

2. 痛风石：常见于耳廓，也可见于四肢，大小不等，圆型，有时皮肤破溃尿酸盐漏出，显微镜下可见针状尿酸盐结晶。

3. 肾结石：从尿道排出尿酸结石或肾绞痛，需行静脉肾盂造影才能显示。

4. 痛风肾：蛋白尿，高血压，氮质血症。

5. 必要的化验检查：血尿酸增高，高于 0.36 毫摩尔/升。

[治疗]

1. 饮食治疗：尽量少吃富含嘌呤的食物：如动物内脏、沙丁鱼、瘦肉、菠菜、蛤、香菇、菜花、豆类和植物果实。

2. 抑制尿酸合成剂别嘌呤醇：开始每日 100～300 毫克，待尿酸正常后渐减至维持量 50～100 毫克。可有腹痛或腹泻的反应，转氨酶可升高。

3. 促进尿酸排出药物治疗：口服丙磺舒。由于服药后大量尿酸经肾脏排出，易造成肾损害；为避免肾脏负荷过重，每日最大量不应超过 2 克。丙磺舒的副作用是使白细胞降低和秃发。

4. 避免尿酸在肾脏沉积：病人应多饮水，使每日尿量达 2000ml 以上；并应服小苏打片碱化尿液使尿 pH 控制在 6～7 的范围内。

5. 关节炎急性发作时的治疗：

(1)卧床休息，抬高患肢。

(2)秋水仙碱：1 毫克，每日 4 次，症状缓解后改为 0.5 毫克，每日 2～3 次，一周停药。肾功能减退者慎用，可使肝功能异常和抑制骨髓。

(3)消炎痛：25 毫克，每日 3 次，胃肠道反应重；同类药布洛芬 0.2

毫克，每日2～3次，副作用较少，但也有胃肠道反应及转氨酶升高的不良作用。

［预防与保健］

注意合理搭配饮食，避免进食大量富含嘌呤的食物或饮酒是预防和治疗本病的重要环节，有痛风家族史者更需注意。发作期的病人应及时就诊，平时也应定期复查并服用维持量降尿酸药。

高血压病

高血压是临床上极为常见的病。其发病率甚高。血压的测量，正常值收缩压应低于18.7kPa，舒张压应低于12.0千帕。收缩压在18.7～21.3千帕，舒张压在12.0～12.7千帕之间为临界高血压。高于临界值为高血压病。

［临床症状］

按照起病的急缓和病程进展，高血压可分缓进型和急进型。临床多见于缓进型。

1. 缓进型高血压：早期可无症状，偶尔查体发现高血压。有时在精神紧张、情绪激动或劳累之后出现头晕、耳鸣、失眠、乏力、注意力不够集中。

(1)最常见的症状是头痛、头晕、血压急剧上升，可发生脑血管痉挛，引起一时脑缺血，出现头痛、失语、肢体瘫痪，数分钟或数日可以恢复，严重脑缺血可出现头痛、呕吐、不省人事。

(2)高血压影响到心脏可出现心悸、胸闷、气憋，甚至夜间不得平卧，呼吸困难，憋醒现象。

(3)高血压影响到肾脏可出现尿量减少，夜尿增多，尿中有蛋白、血细胞、管型；严重时出现尿毒症。

2. 急进型高血压：也叫恶性高血压，进展急骤，病情极度恶化，血压在短期内显著上升。特别是舒张压多在17.3kPa以上。病人有头痛、乏力、视力不清，伴随有脑血管及肾脏受损的症状。

3. 老年人高血压：随年龄增长，高血压的患病率逐渐增加。60岁以上老年人约有40%～45%有高血压，其中多半是单纯收缩期高血压，舒张期血压亦可达12.0～12.7千帕。高血压对受累脏器的影响程度不同，将高血压分为3期。

(1)第1期:有高血压病史,但临床上无心、脑、肾方面的表现。

(2)第2期:有高血压病史,并有下列一项者:心脏肥大,眼底动脉痉挛或狭窄,尿中出现蛋白,肾功能不全等。

(3)第3期:有高血压病史,出现下列一项者:脑出血,脑颅压上升,心力衰竭,肾功能下降,眼底出血、渗出,乳头水肿。

按照舒张压水平可分为:①轻度:12.7~13.9千帕。②中度:14~15.2千帕。③重度:大于15.4千帕。

[治疗]

1. 一般治疗:注意劳逸结合,保证充分睡眠,避免过度紧张与劳累,适当在户外活动。饮食宜清淡,少进食盐及胆固醇多的食物,控制体重。戒烟限酒。

2. 降压药物治疗:

(1)β受体阻滞剂:

1)阿替洛尔(Atenolo1)50~200毫克,日服1~2次。

2)美托洛尔(Betaloc)50~100毫克,日服2次。

3)纳多洛尔(Nado1o1)80~160毫克,日服1~2次。

(2)钙拮抗剂:

1)硝苯吡啶(Nifedipine)10~20毫克,日服3次。

2)维拉帕米(Verapamil)40~80毫克,日服3次。

(3)血管紧张素转化酶抑制剂(ACEI):

1)卡托普利(Captopril)使用时应从小剂量开始12.5毫克,日服2~3次;可以增至25毫克,日服2~3次。

2)依拿林(Enalapril)剂量为2.5毫克,日服2次;可增量至10毫克,日服2次。

3)洛汀新(Lotensin)剂量10~20毫克,日服1次。

(4)利尿剂:噻嗪类应用最为普遍;多与其他类药物合并使用,效果为佳,例如双氢氯噻嗪(HCT)12.5毫克,日服1~2次。

因噻嗪类可引起各种代谢的副作用,故选用时药物剂量要小,避免长期服用。

3. 高血压急症的治疗:病情进展急骤,病情极度恶化,血压短期内显著上升,病人出现明显心、肾、脑异常症状。此时为高血压急症状态。病人应即刻去医院请专科医生诊治。一般选用硝普纳或硝酸甘油静脉点滴用药等。且勿延误病情。

［预防与保健］

高血压与精神情绪以及生活的规律有密切的关系。

1. 保持生活规律，情绪稳定，劳逸结合，根据自己的健康状况，适当参加体力锻炼。心情保持愉快，饮食宜清淡，控制食盐用量，戒烟酒。

2. 定期监测血压，避免精神紧张因素。

3. 药物治疗指征：凡是舒张压力大于12.7千帕都应给予治疗，长期服用，血压控制之后亦应给予维持量。

高脂血症和高脂蛋白血症

血脂增高包括甘油三酯、胆固醇、磷脂、脂肪酸。当血浆脂质浓度超过正常限制时，称为高脂血症；血浆脂蛋白超过正常高限时，称为脂蛋白血症。

［临床症状］

本症诊断主要依靠化验数据。

1. 血脂增高：

(1)甘油三酯：国内正常数值为1.36～1.47毫摩尔/升，不超过1.70毫摩尔/升，维持血清甘油三酯在一定水平，靠机体的调节。

(2)胆固醇：体内胆固醇过多是动脉粥样硬化的重要致病因素。胆固醇只存在于动物食品，如奶品、肉蛋类等中。食量过多则血清胆固醇水平高，易患动脉粥样硬化症，当然亦与体内的代谢有着密切关系。除了食量过多引起血清中含量过多外，还有精神刺激、情绪激动、紧张、气温的高低，亦可引起血中胆固醇的波动。

(3)磷脂：在健康人血液中几乎等于胆固醇的数值。如果血清中胆固醇与磷脂之比，明显增高，则意味着胆固醇含量增加，应当引起注意。

(4)脂肪酸：健康人血清中非酯化脂肪酸，虽然含量很低，但在体中起到重要作用。如果食入大量饱和脂肪酸，则血清脂质含量亦高，动脉粥样硬化的患病率及死亡率明显上升。

2. 脂质浓度过高，称之为高脂血症；血浆脂蛋白超过正常含量称为脂蛋白血症。

(1)脂蛋白：血中各种脂质，大部分都和蛋白相结合，故称为"脂

蛋白”。脂蛋白含有多种成分，其临床意义各有所不同。

(2)载脂蛋白：脂蛋白中的蛋白质称载脂蛋白，其成分中含脂质互不相同。

(3)高脂蛋白血症与临床特征，共分4型。

第1型：特征有阵发性酸痛、胰腺炎、黄色瘤等。

第2型：又分一二类，其特征为很早期就发生血管病变、结节性黄色瘤、肥胖等。

第3型：特征为出现黄色瘤、早发血管病变。

第4型：特征是出现黄色瘤、高尿酸血症。

［治疗］

1. 饮食治疗：原则是减少膳食中饱合脂肪酸及胆固醇含量。肥胖者要限制总热量摄入，减轻体重。

2. 药物治疗：

(1)还原酶抑制剂类：舒降之、普拉固均属于此类，其主要作用是抑制胆固醇合成，增加低密度脂蛋白受体。其副作用是可引起胃肠道不适，头痛，肝功能的波动。用量：舒降之5～10毫克，每日1次；普拉固10毫克，每日1次。

(2)苯氧芳酸类：吉非贝齐(诺衡)、苯札贝特(必降脂)等，主要作用是激活蛋白脂酶；同样可引起胃肠不适、肝、肾功能受损。用量：吉非贝奇0.3～0.6克，每日2次；苯札贝特0.3～0.6克，每日2次。

(3)烟酸类：乐脂平(阿西莫司)的作用是抑制脂肪酸化，副作用是可出现皮疹、皮肤潮红、胃肠道反应。用量：750毫克/天，1次服。

［预防与保健］

1. 适当控制饮食，少食奶制品、肉蛋类饮食，多食些蔬菜、多维生素食品，包括水果等。

2. 参加一定量户外活动，按体力进行锻炼。

3. 避免精神刺激，情绪激动；保持心情稳定，生活规律等。

4. 定期去医院请专科医生进行血液方面的检查，提供用药情况，以便长期维持现状。

冠心病

冠状动脉粥样硬化性心脏病指冠状动脉粥样硬化的血管腔阻塞

而导致心肌缺血、缺氧引起的心脏病。它和冠状动脉功能性改变引起的痉挛一起，统称冠状动脉性心脏病，简称为“冠心病”，亦称“缺血性心脏病”。

［临床症状］

冠心病是危害人民健康的常见病，多见于中年以上的病人，脑力劳动者较多。根据普查材料，国内北方患病率为6.71%。欧美国家该病极为常见，美国每年约有50万人死于冠心病。在我国据有关材料的分析，患病率有逐年增加的趋势。

1. 临床分型：

(1)隐匿型冠心病：亦称无症状型冠心病。在安静状态或检查负荷试验有明显心电图的改变，这种类型的病人，可长时间的从事原有的工作，不发生症状。但是具有相当大的危险性。

(2)心绞痛型冠心病：体力活动增加时，有心前区疼痛症状，临床可分四种类型：①稳定型心绞痛。②不典型心绞痛。③变异型心绞痛。④不稳定型心绞痛。

(3)心肌梗塞型冠心病：症状严重，由冠状动脉闭塞心肌急性缺血性坏死所致。

(4)心力衰竭和心律失常型冠心病：临床出现心脏增大，心功能下降和心律失常。

(5)猝死型冠心病：心脏突然骤停而猝死，多数为缺血心肌局部发生电生理紊乱，引起严重的心律失常所致。

2. 心绞痛的分类及临床特点：

(1)稳定型心绞痛：多数为劳力型心绞痛，即在体力活动增加时发生，具有特征性发作。

1)疼痛主要在胸骨体上段或中段之后，可波及心前区，放射到左肩、左臂内侧，有时可达头部、咽部及颌下部。

2)疼痛的性质常常是压迫感、发紧，发闷，也有烧灼感。并不严重，偶有濒死恐惧感。

3)急性疼痛发作多由体力劳动或情绪激动所激发，饱餐、寒冷、吸烟均可诱发。

4)疼痛持续时间，多发生在3～5分钟内，停止原来诱发活动后，即可缓解。

(2)不典型心绞痛：因为疼痛不如上述明显，诊断稍有困难。

1)疼痛的部位,除了可发生在胸骨前正中部及心前区外,有时可发生在上腹部、右侧胸部、颌部等。

2)疼痛的性质往往是隐痛,持续时间长。缺乏典型的诱因而发作,在休息时或睡眠中亦可发作。

(3)变异型心绞痛,有人称之谓 Prinzmetal 型心绞痛或综合征。该类型无明显的诱因,可发作在一般活动、休息,有时在睡眠中发病。疼痛的性质与发作的部位和典型的心绞痛相似,但其剧烈,持续时间较长。

发作时间有周期性,每日可在同一时间发作。发生在夜间者较多,有的病人在睡眠中痛醒。

(4)不稳定型心绞痛:症状比较严重,似近于心肌梗塞,故有人称之谓梗塞前期或中间型心绞痛。心电图无心肌梗塞迹象,亦无血清酶素的变化。经过治疗可恢复原来水平。

3. 心绞痛的诊断:主要依靠临床症状,特别是“疼痛”的特点。诊断过程中要特别排除以下疾病,以免混淆真伪。

(1)心脏神经官能症:疼痛可短至数秒,长达数小时的隐痛,深呼吸后感到舒服。疼痛的部位不固定,时有变动。疼痛多发生在活动之后,而不在劳累或兴奋之时。口含硝酸甘油无效。常有头晕、心悸、疲乏、失眠等症。

(2)消化系统疾病,如溃疡病,疼痛的部位多在上腹部、剑突下。制酸药有效。肝胆系疾病,如胆囊炎、胆石症,疼痛可很剧烈,多在上腹部及右上腹部,可放射至右肩部;时有打呃,消化不良等症。

(3)胸部疾患,如胸膜炎,肋软骨炎,肋间神经疼痛等,均应加以区别。

4. 心肌梗塞:心肌梗塞是心肌缺血性坏死,临床上出现胸骨后剧烈性疼痛,发热,白细胞上升和血清心肌酶谱增高,以及心电图有一系列的变化,可发生心律失常、休克或心衰等症状。

(1)临床症状:多半是突然发病或是在先兆症状的基础上骤然加剧。

1)疼痛:是最早期的症状,疼痛部位和性质与心绞痛相同。发作时可有或无诱因,程度较重,持续时间较长,可达数小时或数天。休息及口含硝酸甘油片均无效。病人有烦躁不安,出汗,恐惧感或有濒死感。部分病人疼痛位于上腹部,亦易被误认为急腹症。部分病人

疼痛放射至下颌、颈部、背部上方等。

2)全身症状：有发热，一般为低热或中等发热，心动过速、白细胞增高和血沉加快。这些症状约持续一周左右。

3)胃肠道症状：疼痛剧烈时，常有恶心、呕吐及上腹部疼痛。肠管胀气不少见，重者可发生呃逆。

4)心律失常：绝大多数病人均可发作，多发生在起病后1～2周内，病人伴有头晕、乏力、昏厥等症状。出现各种心律失常，以室性心律失常最多见。严重时出现房室传导阻滞。

5)低血压和休克：病人出现烦躁不安，面色苍白，皮肤湿冷，脉快而细，尿量减少，神态反应迟钝，甚而发生昏厥、休克症状。

6)心力衰竭：因心脏收缩明显减弱所致。病人出现呼吸困难、咳嗽、发绀、烦躁不安等症状，严重时可发生肺水肿等。

(2)实验室检查：血清心肌酶谱增高，如肌酸磷酸激酶(CPK)、谷草转氨酶(SGOT)、乳酸脱氢酶(LDH)均可上升。

(3)诊断问题：根据典型的临床症状，特征性心电图变化及实验室的检查，诊断并不困难。

[治疗]

1. 心绞痛的治疗：

(1)硝酸甘油，每片为0.5毫克，一般是舌下含服，多在1～2分钟内即可见效。

(2)二硝酸异山梨醇，舌下含服5～10毫克；治疗心绞痛，通常多用口服5～10毫克，日服3次。

(3)心得安，口服10～20毫克/次，日服2、3次。原则是从小量开始，逐渐增加剂量；有哮喘、心动过缓、心衰者不得使用。

(4)硝苯吡啶，亦称心痛定，每次10毫克，日服3次。

(5)中医药治疗：治疗原则多是活血化瘀，芳香温通，宣痹通阳，益气养阴，补肾扶正等。常用药物：川芎、红花、荜拔、细辛、瓜蒌、薤血等。

2. 心肌梗塞的治疗：

(1)休息。

(2)吸氧。

(3)心电图监测。

(4)解除疼痛：可选用杜冷丁50～100毫克，肌肉注射，必要时可

1～2 小时重复 1 次，以后可 4～6 小时重复 1 次。或再试用硝酸甘油或消心痛，舌下口含；亦可用硝酸甘油静脉点滴等。

(5)溶栓治疗：起病在 3～6 小时内，使闭塞的冠状动脉再通，心肌得到再灌注。可选用：

尿激酶：24 小时内静脉注射 150～200 万单位的大剂量或先以 5 万单位静脉注射，继而 20～40 万单位，静脉滴注半小时的中等剂量。

链激酶：皮试阴性后，以 75 万单位加入 5% 葡萄糖液 100ml，静脉滴注，30 分钟滴完；然后，每小时给予 10 万单位，连续静脉滴注 24 小时。

用药期间特别注意出血倾向，老年人年过 70 岁不宜选用。

(6)消除心律失常：多选用肌肉注射利多卡因 200～250 毫克(用 5%溶液)，每 8 小时 1 次，持续 2～3 天，必要时可做静脉滴注维持(100 毫克加入 5% 葡萄糖溶液 100 毫升，每分钟滴注 1～3 毫克)，情况稳定后可改为口服药物。

[**预防与保健**]

1. 原发性预防(一级预防)：主要是防止动脉粥样硬化。

(1)控制及治疗高血压。

(2)合理膳食营养，低脂、高蛋白、高维生素的饮食。控制及治疗血脂增高，降低血脂水平。

(3)戒烟。

(4)避免精神紧张，激动，生活规律化，适当参加体力活动。

2. 继发性预防(二级预防)：已患有冠心病的病人，应防止过饱餐、过量饮酒、吸烟、精神紧张、情绪激动、寒冷刺激等。对有症状者应积极治疗，控制心绞痛发作，纠正心律失常及心衰，改善心脏功能。体力活动，因病情及体力而异，适当参加体力活动，对减缓病情有利。服用扩冠药物治疗是可以起到治疗作用。但是，对动脉粥样硬化，斑块的消除尚无良策，有关这方面的工作仅是在进行实验性的研究。

心功能不全

心功能不全是由心脏排出血液量不足，而不能维持周围组织的代谢需要造成的。临床上把以心排血量不足，体循环静脉系统淤血为特征的疾患，称为充血性心力衰竭。许多心脏病病人，长期处于心

功能代偿状态。当诱发因素存在时，心功能不全就会出现。按照发生衰竭的部位可分为左侧心力衰竭、右侧心力衰竭和双侧心力衰竭或称全心衰竭。

［临床症状］

1. 左心功能不全的表现：

(1)易感疲劳，周身乏力，可能是由于心排血量不足；周围四肢、躯干的肌肉供血不足所致。

(2)呼吸困难，是最早出现和最常见的症状，病初常常是在较重体力劳动时发作，休息后可自行缓解，称为“劳力性呼吸困难”。随病情的加重，劳动力明显下降，有的表现为阵发性夜间呼吸困难，病人常在夜间熟睡后，突然胸闷、气憋、极度呼吸困难，被迫坐起，这称为“端坐呼吸”，休息或稍加活动后，症状可缓解。

(3)咳嗽；咯痰和咯血，肺淤血所致。

(4)神经系症状：由于心脏低排血量，可使脑组织缺氧、缺血，严重时出现嗜睡、烦躁、精神错乱等。

2. 右心功能不全的表现：

(1)消化道淤血，引起食欲不振、恶心、呕吐、腹胀等。

(2)肾淤血，引起肾功能减退，尿量减少，夜尿增多。

(3)长期肝淤血，肝功能下降，消化不良，有时出现黄疸。严重时出现心源性肝硬化。

(4)有时出现胸水、腹水以及四肢下垂部、面颊及耳垂处紫绀。

3. 全心功能不全表现：左、右心功能不全的表现，同时出现。

4. 心功能不全的功能分级：

(1)心功能一级：有心脏病的征候，但体力活动不受任何限制；不出现任何心功能不全的症状。

(2)心功能二级：有心脏病的征候，但体力活动轻度受限制，不能参加重度体力活动，否则出现心功能不全的症状。

(3)心功能三级：体力活动明显受限制，稍稍参加轻微的体力活动，即出现心功能不全的症状。

(4)心功能四级：体力活动重度受限制，病人不能从事任何体力活动，即使在休息状态时亦有心功能不全的症状。

［治疗］

对心功能不全的病人，都应仔细分析和寻找病因、针对病因治

疗，如高血压、冠状动脉粥样硬化，甲状腺机能亢进或先天性心脏病等。此外应积极防治心衰的诱因，如控制感染、心律失常，纠正电解质紊乱等。

1. 休息：卧床休息或限制一定的体力活动。

2. 吸氧：缺氧情况时，如呼吸困难、发绀等给予吸氧治疗。

3. 镇静剂应用：病人有焦虑不安或抑郁悲观或感到十分痛苦时，应适当服镇静药物。

4. 控制饮食：食用清淡饮食，以流食或半流食为宜。保证富有营养，多维生素饮食，限制食盐用量。

5. 利尿剂的应用：利尿剂可使过多的体液排出，使周围组织及内脏的水肿减轻，减轻心脏的负荷。值得注意，利尿剂要合理使用，防止滥用，以在医生的指导下使用为宜。

6. 血管扩张剂的应用：一定掌握好指征，选择不同的药物，最好在专业医师的指导下服药治疗，密切观察血压及心率。

7. 加强心肌收缩力：临床上常用洋地黄，加强心脏的收缩力。注意，一定要按照心脏功能的情况，在医生的指导下服用。必须指出，洋地黄的治疗量与毒性量相差较小，用量的个体差异性又大，故用药时要特别慎重。

［**预防与保健**］

心功能不全均发生在心脏病的基础上，因而预防是长期的。防止心功能不全，预防工作极为重要。

1. 防止各种诱因，不能过度劳累，包括体力及脑力劳动。避免呼吸道感染，特别是上呼吸道感染，一旦发生感染要及时治疗；要防止精神紧张，情绪激动，抑郁状态等。

2. 保证病人的睡眠，必要时服用镇静剂。

3. 食用清淡、营养丰富、含多种维生素食品，限制食盐用量，防止暴饮暴食，禁忌烟酒类。

4. 积极找出发作的病因并设法解除，防止病情进一步恶化。

外科病

急性阑尾炎

急性阑尾炎是外科常见的急腹症之一，它以转移性右下腹痛为特点，可发生于任何年龄，但以青壮年为多，约85%的病人在10～40岁之间。早期诊断、及时治疗可以很快康复。但往往被误认为“胃病”而延误诊治，可产生严重并发症，甚至造成死亡。尤以老年和婴幼儿，诊断困难，更易延误诊断。

［**临床症状**］

1. 急性腹痛：由上腹或脐周痛开始，数小时后（1～12小时）转移至右下腹痛，疼痛程度与病变程度有关，如阑尾腔内有囊石或蛔虫梗阻，疼痛更重。除病人感觉腹痛外，右下腹有固定而明显的压痛点，即使病人主观上不觉右下腹痛，压痛点已固定在右下腹。

由于阑尾位置不是固定在一点，压痛点可随阑尾的位置变化而改变，但仍固定在一点上。随着炎症的加重，可以出现肌肉紧张和抬手时痛（拒按）。应注意老人、小儿、衰弱病人或孕妇，腹肌紧张可不明显。如果右下腹可触及包块，表示阑尾周围有脓肿形成。

2. 胃肠道症状：早期有轻度恶心、呕吐、食欲减退，或便秘等。穿孔后腹膜炎可引起肠麻痹而出现腹胀。

3. 全身反应：早期无全身反应，随着炎症加重，可出现低热，一般不超过38℃，脉搏100次/分钟左右。血白细胞总数可升高（10～20）$\times 10^9$/升（10 000～20 000/毫升），中性白细胞及杆状细胞升高。

4. 阑尾穴位压痛试验：于右足三里穴下3～4厘米处有压痛者为阳性。70%～80%的病人有压痛表现（足三里穴位于腓骨小头下三横指胫腓骨之间）。

［**治疗**］

1. 经明确诊断后应早期手术切除阑尾，切不可自行按“胃病”服药，而延误治疗，特别是小儿，大网膜发育不全，不易形成包裹，往往发病约12小时内即可穿孔，而成人24小时后易发生穿孔。

当发病时腹痛很重尤其是感到绞痛后，突然腹痛减轻或暂时消失，不一定是病情好转，而可能是阑尾穿孔肿胀减轻的一时表现，更应该到医院就诊，进行手术治疗，切不可自行注射麻醉类止痛剂或口服阿片类止痛药，以免掩盖症状，延误治疗。一旦发生穿孔后再行手术，不仅手术复杂，而且并发症和死亡率大大增加。

2．非手术治疗：右下腹已形成包裹性肿块，或诊断不肯定或伴有其他全身性疾病不宜手术者，亦或单纯性阑尾炎症状轻的，可以应用抗生素控制感染，并严密观察。病情有发展的，或24～48小时内不见好转反而加重者，也应及时手术。阑尾周围脓肿，非手术治愈后3个月，仍应行阑尾切除术，防止以后复发。对于老人、小儿及孕妇，发病不典型，更应严密观察，必要时及时手术。

［**护理**］

1．术后应早期下地活动，一般麻醉消退后（术后4～6小时）即可下地，防止肠粘连。

2．术后自行排尿以后再注射止痛剂，防止尿潴留。

3．术后卧床要勤翻身，以促进胃肠功能的恢复，早期排气、排便，防止腹胀和影响进食，一般术后第一天可进半流食（粥、面条等）。如已穿孔，有腹膜炎应遵医嘱。

胃、十二指肠溃疡

急性穿孔是胃十二指肠溃疡常见的严重并发症。溃疡穿孔后，具有强烈刺激性的消化液及食物流入腹腔，刺激腹膜，引起化学性腹膜炎，6～8小时后，由于细菌的滋长，转成细菌性腹膜炎，因此病人有剧烈的腹痛。

［**临床症状**］

1．突然腹痛，非常剧烈，呈刀割样痛，从上腹开始，向全腹扩散，或向右下腹转移（易与阑尾炎混淆）。穿孔病人腹痛难以忍受，常伴有面色苍白、出冷汗、肢体发冷、脉快、恶心呕吐等。

腹痛可以出现一段缓解期，再发展下去可转为细菌性腹膜炎，腹痛又复加重。

大部分病人有“胃病”历史，平时常有饥饿性腹痛。约有10%病人没有溃疡病历史。

2. 检查发现，表情痛苦，呈一定姿势卧位，不敢动，不敢深吸气，脉搏快而细，全腹有压痛、反跳痛，肌紧张呈“木板状”强直，一般以上腹部疼重，肠鸣音消失或减弱，约75%病人可有肝浊音界消失或缩小，或有移动性浊音。

3. 站立位腹部X线平片，约75%～80%病人膈下见到游离气体影。

4. 穿孔后时间较长可以出现体温升高，白细胞计数升高。出现休克时，血压降低。

［治疗］

1. 非手术治疗：症状轻，一般情况好，估计穿孔小，溃疡病史短；年轻病人，空腹穿孔和穿孔时间短的可进行非手术治疗。

(1)胃肠减压，通过胃管持续将胃内容物抽出不再继续外漏，促进穿孔愈合。

(2)输液，支持全身营养及水电解质平衡，防止休克。

(3)抗生素：多应用广谱抗生素，预防和控制细菌感染。

(4)应用抗酸药物，雷尼替丁、洛赛克等。

(5)病人采取半卧位，以利腹腔渗出液流入盆腔，减少毒素吸收，一旦形成脓肿易于处理引流。

2. 手术治疗：凡不适合非手术治疗的急性穿孔病例或非手术治疗不见效的病例均应及早进行手术治疗。特别是饱食后穿孔，顽固性溃疡，伴有幽门梗阻，大出血，不能除外有恶变的，年龄较高的均应积极进行手术治疗，除外不能耐受手术者。

(1)穿孔单纯缝合，优点是操作简单易行，手术时间短，对病人打击小，危险性小，即使条件差的地方也可进行这种手术，术后再辅以治溃疡病的药物治疗。缺点是，治疗可能不彻底，有2/3病人有可能再发病，需第二次手术。

(2)胃大部切除，病人一般情况较好，穿孔在12小时以内，腹腔内炎症和胃十二指肠壁水肿较轻，可以行彻底性手术，即大部切除，或迷走神经切断加胃窦部切除等。

［预防、护理与保健］

1. 溃疡病与精神紧张、生活不规律、气温环境突然变化有一定关系，所以发现溃疡病应及时服药治疗，注意生活起居规律，防止溃疡并发穿孔。

2. 溃疡穿孔手术或非手术治疗者均应采取半卧位，不能平卧，以防止膈下脓肿发生，有利于腹腔内残余渗出积存于盆腔，减少毒素吸收，即使形成残余感染也为盆腔脓肿，容易及时发现和便于引流。

3. 穿孔治疗后要注意饮食恢复，不能太急太多。胃切除后容量大大减少，但残余胃仍可不断扩张恢复术前饮食，必须有个过程。

术后胃肠功能恢复后(肛门排气)，先进米汤，每次60毫升，一天后流食半量，到全流食，两周后可以恢复软饭，要少量多餐，每日5餐。术后2~2.5个月基本恢复正常饮食。

进食量多少因人而异，以食后不过分饱胀为宜，不能操之过急，要逐渐加量，到恢复正常饮食为止。

胆结石

胆石病是胆道系统内，包括胆囊和肝内外胆管内发生结石的病变，多由于胆道寄生虫病引起胆道感染后形成胆管结石。胆囊结石多由于胆固醇沉积后形成，胆囊小结石也可有部分排入胆管内形成肝外胆管结石。

近年来随着生活条件的改善和饮食结构的变化，我国胆管结石和胆固醇结石的发生率逐渐增加，且女性多于男性。结石发生的部位、大小，有无梗阻和感染，决定病情变化，治疗效果也不一样。

一般胆囊结石治疗效果好，不会复发。而原发性胆管结石，特别是肝内胆管结石，病情比较复杂，往往反复发作胆管炎，病情危重，变化快，甚至造成感染中毒性休克或发生生命危险，手术复杂，并发症多，容易复发，因此，对胆管结石的病人应及时治疗。

胆囊结石

[**临床症状**]

1. 无症状或轻微的消化道症状，往往在食用油腻食物后消化道症状加重，被当“胃病”治疗，常年用药无效，也有终生无症状，特别是较大单发结石，不易发生嵌顿，很少发生症状，B超检查才发现。

2. 当胆囊结石嵌顿颈部时，可出现胆绞痛，特别是夜间易发生，如果嵌顿时间较长，可导致胆囊内压力增高，胆汁酸刺激粘膜，发生水肿、充血、渗出，形成急性胆囊炎，右上腹绞痛加重，向肩背部放射，检查时可发现右上腹压痛，肌紧张或触到肿大胆囊。

3. 小结石可通过胆囊管排入胆总管，嵌入胆总管开口时可出现急性梗阻性胆管炎或胆源性胰腺炎，更具危险性。

4.B超检查，发现胆囊内有结石声影，胆囊肿大，壁厚水肿有“双边”征。

［治疗］

1. 手术切除病变的胆囊：小结石易引起胆管炎和胰腺炎，大结石特别是大于2厘米的结石，长期压迫和刺激胆囊易发生胆囊癌，同时胆囊切除后，对人体不会产生不良的后果，也不会再发生结石，所以应及时手术，最好在缓解期作选择性手术。近年来开展腹腔镜胆囊切除术，仅在腹壁上作几个小孔即可切除胆囊，创伤小、痛苦少、恢复快，术后1~2天即可出院。急性胆囊炎发病24小时内也可应用腹腔镜手术。对于老人，有并发糖尿病、冠心病及高血压的病人更宜用腹腔镜手术。

2. 药物治疗：中西药物溶石排石，这种治疗时间长，效果差，且药物对肝脏有损害。药物价格贵，停药后易复发，且小结石嵌在胆管内更具危险性，最后还可能导致急诊手术治疗。所以在有条件的情况下，最好作选择性手术胆囊切除。

3. 震波碎石是近10年开展的治疗方法。一般认为这种治疗方法更具危险，结石震碎成片或细粉，难免不嵌入胆囊壁内。这种异物刺激，从远期预后看是否更易促进胆囊癌发生，还有待研究和观察随访。就近期并发症来看，易发生急性胆囊炎，碎石排入胆总管易引起胆绞痛和急性胆管炎，胆囊结石还可以复发，故这种方法，国外已被淘汰，我们也不认为这是治疗胆石的好方法。

［预防］

1. 注意饮食结构的合理性，特别是老年人更应注意。

2. 胆囊长时不排空易淤胆形成结石，故每日应吃早餐，促进胆囊排空。

肝外胆管结石

［临床症状］

1. 腹痛，右上腹及剑突下出现绞痛，呈阵发性刀割样痛，常向背肩部放射，伴有恶心呕吐。

2. 高热寒战，约2/3肝外胆管结石的病人发生绞痛后出现高热寒战，由于胆道梗阻，压力增高引起逆行感染，细菌进入血内，致全身

感染症状。

3. 黄疸，结石嵌在胆总管出口而不能松解，胆绞痛高热后1～2天，即可出现黄疸。当胆管梗阻使近端胆管扩张及积聚胆汁，使结石漂浮上移后，或结石排入十二指肠，症状又可缓解。这种间歇性发作与肿瘤梗阻引起的黄疸进行性加重不同。

4. 检查时可出现剑下右上腹肌紧张、压痛，肝肿大，胆囊肿大，肝区叩击痛。

5. 化验血WBC增高，血尿胆红素升高。B超可以发现胆管扩张，胆管内可见结石声影。但胆管下段结石往往被肠气干扰不易发现，采取膝胸位，轻拍背部后再行B超，结石检出率可以增加。

［治疗］

手术治疗是最好的办法，易出现感染性休克，应尽早手术。肝外胆管切开取石，应尽量取净，保证术后胆管引流通畅，肝外胆管内的T形管引出腹腔时要保持与胆管垂直方向，为术后应用胆道镜作好准备。如果胆管或胆管开口处有炎性狭窄，应术中进行成形或作胆肠吻合手术，解除狭窄与梗阻。

术前、术中、术后要注意纠正水电平衡紊乱，若存在黄疸应静脉或肌注维生素K，并应用广谱抗生素和控制厌氧菌感染，同时进行全身营养支持。

［预防、护理与保健］

1. 胆管炎病情复杂变化快，要密切注意血压、脉搏的变化，防止发生休克。

2. 术后要保持T管引流通畅，不能扭曲或折死，防止胆漏，术后两周需经T管造影之后确定是否拔除，如有残余结石需术后6周再行胆道镜取石。

肝内胆管结石

肝内胆管结石是结石存在于左右肝管汇合部以上胆管内。常合并肝外胆管结石，以左肝管多见。

［临床症状］

1. 临床症状不典型，常有肝区和胸背部不适或胀痛。急性炎症发作可有腹痛、发热，双侧胆管堵塞才出现黄疸。感染严重可出现肝脓肿引起感染中毒性休克，还可引起反应性胸腔感染。长期淤胆可出现肝硬化门脉高压等表现。

2. 查体发现不匀称性肝肿大，肝区压痛叩击痛。

3.B超发现肝内胆管呈不规则扩张或有结石声影，PTC、ERCP检查可发现某支肝内胆管不充盈，或肝内胆管呈不规则扩张与环形狭窄，呈串珠样改变，管腔内形成充盈缺损。

［治疗］

1. 手术治疗：术中尽可能取净结石，解除胆管狭窄。需作胆肠吻合者，必须保证胆汁流出通畅，胆管无狭窄，否则更易造成逆行感染。如肝内有局限性感染病灶或狭窄胆管上游局限性扩张，可作肝叶或肝段切除。

2. 术中、术后通过胆道镜机械取石、碎石、冲洗，进一步消除残余结石。

3. 术后配合中药治疗，对残石排出和促进炎症消退有一定的疗效。

［预防、护理与保健］

1. 寄生虫特别是蛔虫病病人应及时治疗，以减少胆结石的发病率。

2. 肝内胆管结石多由于胆道寄生虫引起，故术前、术后要经常驱虫治疗，防止再发肝内结石。

3. 肝内结石多合并胆管炎发生或残余小结石，肝内胆管常有相对狭窄与扩张，应经常服用消炎利胆药物，促进残石排出，并保证胆汁通畅，防止结石复发。

胆道蛔虫病

蛔虫是肠道寄生虫，一般在小肠内，当肠道功能紊乱，胃酸降低或驱虫不当时，蛔虫可向上达胃、十二指肠内，蛔虫有钻孔性，故经胆管开口处钻入胆道、肝内，或胆囊中引起一系列症状。

［临床症状］

1. 阵发性剑突下钻顶痛，疼痛突发，辗转不安，大汗淋漓，苦不堪言，但在阵发间歇时可平息如常，症状很重而体征较轻，剑突右有深压痛，无腹膜炎体征。常有在发病前驱虫史，发病后呕虫史。

2. 合并胆道感染时出现胆管炎表现。

3. 化验检查WBC升高，有嗜酸颗粒，粪便中可检出蛔虫卵。

4.B超可以看到胆道内有蛔虫，有的可看到活蛔虫在活动，或死蛔虫残体胆管内出现“＝”状影。

［治疗］

1. 非手术治疗：

(1)解痉镇痛：应用解痉灵、654－2、阿托品，必要时注射吗啡、阿托品、度冷丁。

(2)利胆驱虫：用利胆排虫中药和50%$MgSO_4$，症状缓解后驱虫，应用氧气或驱虫药。

(3)控制感染：应用广谱抗生素和甲硝唑等药。

2. 手术治疗：非手术治疗效果不好，胆管炎严重者，可考虑手术治疗，切开胆总管探查取蛔虫和引流，术中、术后应驱虫治疗以防复发。

［预防与保健］

不吃不清洁的生食，如有肠道蛔虫要反复驱虫，按医嘱进行，并且要在驱虫时食醋以改变上消化道的酸度。

肠梗阻

肠梗阻是外科常见的急腹症之一，复杂多变，病情危重，死亡率甚高。随着治疗水平的不断提高及普遍应用中西医结合治疗肠梗阻，不仅减少了手术治疗的机会，也大大降低了死亡率。肠梗阻分为：①机械性，由于器质性病变使肠腔变小或堵塞，引起肠管不通。如肠粘连、扭转、肿瘤、肠套叠、炎症瘢痕性狭窄、粪石、蛔虫团块等最多见。②动力性，肠管本身运动障碍，肠蠕动丧失或肠管痉挛，使肠内容运行停止。③血运性，由于肠系膜血管栓塞或血栓形成，使肠管血运障碍而失去动力，肠腔无梗阻而肠内容不能运行。后两种均少见。

肠梗阻还按有无血运障碍分单纯性(仅有肠内容通过受阻而无血运障碍)和绞窄性肠梗阻(有血运障碍)。另还根据梗阻部位分高位肠梗阻及低位肠梗阻。不同类型的肠梗阻除有其共同的表现外，还有不同的临床症状。

［临床症状］

1. 腹痛，阵发性绞痛，伴有高调肠鸣，痛时腹部起包块，且时起时

消，不固定部位。如从阵发性腹痛变成持续性绞痛，可能有肠绞窄发生。

2. 呕吐，早期为反射性，吐出食物或胃液，不能进食、水，此后呕吐随梗阻部位不同而不同。高位梗阻，呕吐频繁，吐出胃及十二指肠内容物、胃液及胆汁。低位梗阻时呕吐出现较晚，可吐出粪便样物，有肠管血运障碍可吐出咖啡样物。

3. 腹胀，低位肠梗阻表现明显，或有不对称的膨胀。

4. 停止排便排气，高位肠梗阻早期仍可有排便排气，不能误认为无梗阻或不全梗阻，有血运障碍者可排血性粘液，更要注意。

5. 腹部可见肠型和蠕动波，或非对称性腹胀，可有压痛无腹膜刺激征。一旦发生固定性压痛或肿块和腹膜刺激征，常为绞窄性肠襻，蛔虫性梗阻可及索条状蛔虫团块。绞窄时腹腔可有渗出，叩出移动性浊音。肠鸣音亢进，高调肠鸣，气过水音及金属音。麻痹性梗阻时肠鸣音减弱或消失。肛门指征如有血性粘液可能为肠绞窄。

6. 特殊检查，血清中电解质可发生紊乱和酸中毒的表现，血中 CO_2 结合率下降。X线腹透或照平片，显示肠腔内有气体，立位或侧卧位腹平片可见肠管内有液平面。如没有以上征象不能完全排除肠梗阻。

以上临床症状应综合分析，反复观察，多次检查后根据病情的发展变化，作出正确的判断，以利及时治疗。

［治疗］

1. 非手术或手术的选择：

(1)无血运障碍的粘连性肠梗阻，麻痹性或痉挛性肠梗阻，蛔虫团块或粪块性梗阻，肠结核所致梗阻一般选择非手术治疗。

(2)晚期或重型的绞窄性肠梗阻，或有血运障碍的各类肠梗阻一经诊断，立即手术。

(3)介于以上两者之间的可以先行非手术治疗，密切观察病情的变化，6—12 小时后不见效果，病情加重的应手术。随时作好手术准备。

2. 非手术疗法：目的在于调动病人的抗病能力，恢复肠道通畅，解除梗阻。

(1)胃肠减压，减轻腹胀，并可灌入中西药物以减少呕吐。还可用 M－A 氏管，利用肠蠕动 M－A 氏管的头端气囊向下排送，达到低

位肠管减压的目的。

(2)输液,输血,纠正水电解质紊乱和酸中毒,特别注意水、钾、钠的补充,必要时输血或血浆类液体,以维持胶体渗透压。

(3)应用广谱抗生素及抗厌氧菌药物,预防肠道细菌感染。

(4)中医疗法:应用中药以开结通下为总则,并根据肠结的病邪施治;同时可辅以针刺疗法,行中西医结合治疗肠梗阻。

3. 手术疗法:

(1)手术的目的:在于去除病因,处理病变肠管,恢复肠道通畅。

(2)手术原则:①全面而轻细的探查,先找到肠管扩张与塌陷的交界处即可很快找到梗阻原因。切勿忽略多处梗阻的可能。②梗阻因素的处理,只要病情允许,尽量清除梗阻因素。如病情危重,可先采取减压、肠造口等应急处理。③防治腹腔感染,术中尽量吸尽腹腔渗液,冲洗干净,必要时行腹腔引流。如切开肠管定要避免感染。④判断肠管是否有生机,减压及观察肠管的颜色、血运情况,必要时应用热盐水纱布热敷后观看肠管血运情况;或作肠系膜根部封闭,或血管扩张剂,30分钟后再看肠管的颜色及血运是否明显改变。如还不能肯定有好转,定要切除可疑肠管行肠吻合。

(3)手术后注意事项:术后置胃管减压防术后肠胀气或吻合口裂开,腹壁切口裂开等并发症,术后促使早期恢复胃肠功能,胃管内灌注中药和西沙比利,肾囊封闭,针刺足三里或新斯的明足三里封闭等措施。

鼓励病人翻身排痰或采取半卧位,以利呼吸运动防止肺部并发症。

[**预防、护理与保健**]

1. 病因防治:治疗肠蛔虫、肠结核及腹外疝,以免发生肠梗阻。

2. 生活有规律,不能暴饮暴食及餐后剧烈活动,防止发生肠扭转。

3. 小儿要注意饮食卫生及生活规律,避免胃肠功能紊乱,以降低肠套叠的发生率。

4. 多用中西医结合治疗急腹症,以减少手术治疗的机率及减少肠粘连。必须手术者,操作需轻柔,减少肠管的暴露,防止粘连发生;术后早期下地活动,缩短肠麻痹的时间,对预防肠粘连有重要意义。

急性胰腺炎

急性胰腺炎是常见的急腹症之一。常常因胆胰管开口梗阻，胆汁逆流入胰腺，引起胰腺组织损害，亦可能因酒精中毒，或暴饮暴食刺激胰腺过量分泌，以及外伤、手术打击等因素造成胰腺炎发作。它不仅是胰腺局部的炎症，常可累及多个脏器改变引起全身性疾病。特别是出血坏死性的重症胰腺炎，可继发多种并发症，常出现中毒性休克、急性肾功能衰竭、DIC(弥漫性血管内凝血)、ARDS(成人呼吸窘迫综合征)、中毒性脑病等多器官功能衰竭，如果治疗不及时或不得当，死亡率很高。

[**临床症状**]

1. 腹痛：剧烈腹痛，部位与病变位置有关，胰头部偏右上腹，体尾部偏左上腹，向肩部放射，全胰受累呈腰带状痛并向腰背放射，疼痛为持续性，有阵发性加重，严重胰腺坏死伴有休克，痛反而不明显。伴有恶心、呕吐、消化道症状，呕吐后腹痛不缓解，吐出胃内容物。

2. 腹膜炎体征：开始为上腹部，往往偏左上腹，压痛、肌紧张及反跳痛，随病情程度而改变，伴有休克时，体征反而不明显。

3. 腹胀：初期为反射性肠麻痹，重时为腹膜炎引起的麻痹性肠梗阻，可出现大量腹水而加重腹胀。

4. 其他：体温升高但无寒噤，胆源性胰腺炎可出现黄疸，伴休克时可出现休克的体征，胃肠出血可发生呕血和便血。少数病人腰及脐周出现青紫斑。

5. 化验血尿，淀粉酶升高，坏死性胰腺炎血尿淀粉酶反而不升高，有腹水穿刺腹腔液淀粉酶升高，或呈血性腹水，有脂肪小滴。继发感染后腹水呈脓性。

6.B超，可见胰腺弥漫性肿大，回声弱。出血坏死时胰腺回声为不均匀、不规则的强回声，边缘轮廓不规则、不清。胰管轻度扩张，腹水，肠管扩张积气积液，管壁水肿肥厚。CT检查表现基本与B超相似，胰腺胀大，密度不均，边界不清，胰周脂肪间隙消失，胰内胰周积液。此项检查对确定胰腺炎及病变程度有重要价值。

[**治疗**]

治疗选择取决于胰腺炎的种类及病理类型，水肿型选用非手术

治疗，出血坏死型或合并感染则采取手术，胆源性胰腺炎大多选用手术治疗，以解除病因。

1. 非手术疗法：

(1)禁食和胃肠减压，以减少胰腺外分泌。

(2)输液，静脉输液以维持体液、营养补充及防治休克。如病情较重，需时较长，最好行中心静脉插管以保持静脉营养，补充大量水、电解质及血浆蛋白。

(3)抗生素使用，防止肠道细菌转位的感染，广谱抗生素及抗厌氧菌药物使用。

(4)抗胰酶疗法：5－FU250～500毫升，每日1次静点，或静点抑肽酶10万U，每日2次，持续3～7天，抑制胰腺外分泌。

(5)解痉镇痛，应用6－542、阿托品、解痉灵或杜冷丁。忌用吗啡，避用oddi括约肌痉挛。

(6)轻型，在非手术治疗过程中，加用中药治疗，可收到较好的效果。

2. 手术疗法：手术时机一定要很好的掌握，手术目的是清除坏死组织，灌洗引流。如为胆源性胰腺炎必须解除胆道梗阻，行胆总管取石引流。或空肠造瘘给予要素饮食等手术处理。

［预防、护理与保健］

1. 胆囊内多发小结石病人应及时治疗，不能暴饮暴食，特别是忌酒或油腻食物，防止小结石排入胆管内而引起梗阻造成胆源性胰腺炎。

2. 胰腺炎早期应积极治疗，防止发展成重型坏死性胰腺炎。水肿型胰腺炎经治疗后短期内可以好转，死亡率低。而出血坏死性胰腺炎，起病急而重，治疗过程中不见好转，高热持续不退，黄疸加重，神志模糊，甚至谵妄，高度腹胀，血性或脓性腹水，两腰部或脐周出现青紫斑，胃肠出血或休克，化验白细胞升高，血糖＞11.1毫摩尔/升，血钙＜2.0毫摩尔/升，PaO_2＜8.0千帕，血清BUN或肌酐增高，甚至出现ARDS、DIC等征象，少尿或无尿等，均应很好重视，严密观察监测，实行抢救措施，防止发生死亡，特别对重症胰腺炎症状不典型的更应注意，防止漏误诊。

3. 注意防止重症胰腺炎病情的反复。有的病例经过治疗后有所好转，而认为不重，但往往好转后再度恶化，特别是一些胰液腐蚀大

血管的病例，可以突然大出血而死亡，应引起注意，防止意外发生。

疝

任何组织或脏器，通过人体薄弱点、缺损、间隙，从原来位置到另一部位，即称为疝。人体中可能发生疝的部位很多，但最易发生在腹部，腹部还可分腹外疝和腹内疝。腹内疝病人多不能发现，只有在临床上出现症状到医院就诊，经医生行特殊方法检查才能发现。腹外疝是内脏或组织向体表突出而形成，往往是病人本人或小儿家长发现。腹外疝远比腹内疝多见，常常发生在下腹部，即腹股沟疝或股疝，发生在脐部为脐疝（小儿多见），发生在白线为白线疝（腹正中线上）。或因腹壁有手术切口部位发生为切口疝。腹外疝是外科常见病之一，着重予以介绍。

［临床症状］

1. 腹壁患处出现一个小的包块，且逐渐增大，尤其站立时，或腹压增加时肿块明显长大，卧位时肿块可以减小或消失，无明显症状，或偶尔有肿痛。腹股沟疝可有下坠感。

2. 检查时可发现患处腹壁薄弱或有一环状缺损，令病人咳嗽时，指尖可有内脏冲击感。有时疝环较小、疝内容不能完全还纳，经推送后可以完全还纳。如疝环太小有粘连则不能完全还纳。

3. 疝环小而当突然腹压增加时，疝内容疝出后则不能还纳形成嵌顿疝，此时肿块变大变硬，手推也不能还纳，有明显的压痛，疝内容为肠管可发生腹绞痛，伴有恶心、呕吐，不能排气、排便等肠梗阻的表现，如果不能及时发现或解除，可能发生肠绞窄坏死或穿孔。此时腹痛可能减轻，但肿块还在者，不可认为病情好转，应及时就诊。

［治疗］

腹股沟疝对劳动力影响很大，如不处理，疝块增大而加重腹壁破损，影响治疗效果，同时常因疝环小而引起嵌顿或绞窄威胁病人的生命安全。因此，一般疝都应早期手术修补，没有任何药物可以治疗。

嵌顿疝需要早期急诊手术处理，以防止肠坏死，一经明确诊断立即手术。如果已经发生肠坏死，更需手术处理。

总之，发现腹壁疝后，应考虑早期手术治疗。手术中一定要注意疝囊高位结扎，和腹壁缺损的修补完善，以防止复发。

［预防、护理与保健］

1. 腹外疝发生的原因有腹壁强度低和腹内压增高两大因素。先天性的腹壁薄弱，或是后天手术伤口愈合不良，外伤、感染造成腹壁缺损，或年老体弱造成腹肌萎缩等，因此应加强腹肌锻炼，以使腹肌发达来加强腹壁的强度。另外腹内压增加常是疝发生的直接原因，如慢性咳嗽、便秘、排尿困难、腹水、妊娠、举重以及婴儿啼哭等等。腹壁力量薄弱加上腹压增加就更易发生腹外疝，故应尽量避免腹压增加的发生，特别是婴儿避免或减少哭闹。老人肌肉萎缩更应注意大便通畅，多吃水果及含纤维素的食物。男性应治疗前列腺肥大等，以防疝的发生。

2. 当疝发生选择手术时，(除嵌顿急诊外)应排除腹压增加的因素以后，才能进行手术以防止复发。

3. 术后一个半月之内应避免腹压增加，包括抬物、举重等重体力劳动均应避免并应防止便秘及慢性咳嗽等等。

4. 婴儿随体格生长，腹壁肌可逐渐强壮，一部分疝可自愈，因此，婴儿在1～2岁以内暂不做手术，除非发生嵌顿。平时可使疝还纳后外加软纱布或棉花后用布带包扎以加强腹壁力量，防止疝突出，给予腹肌发育和增加腹壁强度的机会。

肛瘘

肛瘘是肛管或直肠下段周围与皮肤间的慢性瘘管。多为肛管直肠周围脓肿的后遗症。脓肿切开引流或自行破溃后，粪便可能进入脓腔，影响伤口愈合，终而形成瘘管，如外口愈合，内口存在可造成脓肿复发，再穿破形成支管，故肛瘘常不能自愈，反复感染形成复杂瘘管。

［临床症状］

1. 凡有肛周脓肿自行破溃或切开排脓病史者，引流后伤口长期不愈；或伤口一段时间停止流脓，似已愈合，但一段时间后再次破溃又有脓液排出，如此反复发作，还可出现新的外口。

2. 一般无疼痛，但由于分泌物的刺激，可出现肛门瘙痒，或肛周湿疹。有时可感到气体从瘘管排出。

3. 检查发现肛门周一个或多个外口，瘘口内肉芽生长可突出皮

肤表面，周围皮肤无红肿，距肛门远近不等。肛门指检可及一个或多个索条状物，伴轻压痛，挤压时可从外口流脓，用探针从外口探入，可经内口入肠腔，证实有内口存在。探查时不能用力过猛，轻轻顺其窦道探入，防出假道。

如为复杂窦道，不易探清，可于外口注入造影剂行造影检查，进一步明确诊断。

［治疗］

1. 感染期，应用抗生素，局部用高锰酸钾坐浴。

2. 挂线疗法：在局麻下，从窦道内带入橡皮筋从内口拉出肛门外，与外口的一头结扎固定，并从肛门缘向外口方向切开皮肤，收紧皮筋，借皮筋的收缩力，逐渐切开瘘管，是一个边切开边愈合的过程，每2～3日收紧一次皮筋。一般在10天左右，瘘管可完全勒开，且可完全愈合，而不会影响括约肌的功能，挂线期间坐浴。

3. 手术疗法：用于复杂肛瘘和不宜挂线的病人，切开瘘管，切除瘢痕，使引流畅通。关键是找到内口，切开或切除，术中可先注入美兰，染好窦道后找到内口。另术中要注意肛瘘与肛管括约肌的关系，如瘘管仅在外括约肌的皮下部或部分浅部，一次切除不会引起肛门失禁。如瘘管穿过外括约肌的深部或内口在肛管直肠环的上方，手术时仅切开浅方，深方则再行挂线疗法，才不致引起肛门失禁。

［预防］

肛门发生隐窝或肛窦炎时应及时治疗，防止肛旁脓肿的发生。一旦肛管直肠周围发生脓肿，引流要彻底，引流口与外部应保持通畅，应使伤口从内向外逐渐愈合不使窦道形成。

痔

直肠下端粘膜下或肛管皮肤下静脉丛曲张所形成的静脉团块称为痔。在成人中普遍发生。血管本身无静脉瓣，可因回流不畅引起血郁积，干大便压迫或腹内压增加均可引起静脉丛血回流不畅而产生曲张，因此孕妇，或有腹水或便秘排便困难的人更易发生。痔发生在齿状腺以上粘膜下的人称内痔，在齿状线以下肛管皮肤下的为外痔，两者均存在的为混合痔。可单个出现，也可多个或在肛管直肠周围呈环形的为混合痔。

[临床症状]

1. 单纯内痔:较小,软。临床上无症状,最早出现的症状是出血。早期排便带血,为新鲜血,与大便不混,多挂在大便外,有时便后滴血,有时呈喷射状出血,但便后可自行止血。逐渐发展,使痔核增大粘膜松弛,痔核可随便后脱出肛外,大便后可自行还纳复位。再进一步发展,内痔脱出而不能复位,粘膜表面因摩擦而损伤,引起炎症出血,溃疡。由于反复炎症使粘膜纤维化,增厚,出血反而减少,有时因粘膜脱出,分泌物增加使肛门瘙痒或疼痛。还可以因为炎症水肿刺激括约肌痉挛,发生痔核嵌顿,形成血栓痔,感染坏疽,引起剧烈疼痛。

2. 外痔:单纯外痔无症状。血栓外痔可出现肛门部剧烈疼痛,肛门口可出现一个圆形肿块,紫色或黑紫色,周围界限清楚,稍动即疼痛加重,坐站走均受限。

3. 检查:有痔核脱出可见肛外有红色或暗红色结节,早期从外观看无任何发现,指诊亦无阳性发现,有活动出血时检查有血,鲜红。肛门镜检,膝胸位,多在1、7、9点位置见到痔核结节,或环状痔核于齿线附近。痔核严重病人蹲下即可于肛门口发现脱出之痔核。

[治疗]

1. 一般疗法:坐浴,通便,有痔脱出,应手推回痔核。

2. 枯痔疗法:用在单纯性内痔,单个痔核,用硬化剂枯痔液注射或用枯痔钉均可。

3. 手术治疗:

(1)痔核单个结扎,在局麻下结扎痔核均适用于内痔。

(2)单纯痔核切除,适用于孤立内痔或混合痔,分离出痔核,断静脉交通支,再切除痔核。

(3)痔环切术,局麻下扩肛后作环形一周痔切除,粘膜和肛管皮肤用肠线缝合。

如为血栓外痔,经坐浴休息后仍不见好转或已有坏死者应切开取栓子后再行坐浴。

[预防、护理与保健]

1. 经常保持大便通畅,养成每日按时大便的习惯,少吃辛辣有刺激性的食物,多吃蔬菜水果,有利于通便。

2. 患有腹压增加疾病者应及时治疗,如有肛门疾患早期治疗。

特别是孕妇，要每晚高锰酸钾坐浴，保持大便畅通。

肛 裂

肛管的皮肤全层裂开并形成慢性溃疡为肛裂。多发生在慢性便秘的病人。排便时大便干硬，用力过猛，使肛管受到较深的裂伤，继发感染而形成不易愈合的溃疡。常发生在肛管的后正中线上，多为单发，呈棱形或椭圆形。上端连肛窦，下端皮肤因水肿而呈袋状皮垂，叫“哨兵”痔。

［临床症状］

1. 疼痛：排便时或排便后肛门剧痛，便后疼痛可持续数分钟到数小时，待肌肉痉挛消失后，痛缓解。疼痛与排便有关。

2. 便秘：由于排便痛而使病人不敢排便，大便积存时间太久，会变干硬，下次排便时，疼痛加剧，形成恶性循环。

3. 出血：特点为出血不多，以痛为主，只大便外或手纸上有新鲜血迹，个别病人为少量鲜血滴出。

4. 检查肛门时，用手轻轻分开肛门部即可见后正中线有一典型溃疡创面，指诊可引起剧痛，应避免指诊和肛门镜检查。

［治疗］

1. 保持大便稀软，应用缓泻中西药物以软化大便，便前、便后用1:5 000的高锰酸钾温水坐浴，以保持清洁，促进溃疡愈合，且减轻排便疼痛。

2. 溃疡局部涂抹九华膏，可促进溃疡愈合，减少肛管肌肉痉挛。

3. 可以局麻下扩肛治疗慢性肛裂，使肛管肌肉松弛，切忌使用暴力，以免撕伤而使肛裂加重。

4. 手术切除，对经久不愈的肛裂，呈慢性溃疡及瘢痕而不易愈合者，可在局麻下行手术切除溃疡瘢痕及周围的皮缘和皮垂，所属肛窦肛乳头一并切除，并且切断一部分痉挛的肌纤维。切开的粘膜部分用细肠线缝合，其余部分敞开，外敷凡士林油纱布。术后高锰酸钾坐浴，并进流食1～2天，以减少大便污染。大便前用缓泻剂，肛内置开塞露以减少大便时痛苦，便后坐浴。

［预防］

养成每天大便的习惯，减少便秘的发生，多吃蔬菜水果，以保持

大便通畅。遇有大便干燥时，可服缓泻剂或用开塞露，防止肛裂发生，便后坐浴或清洗，清洁肛门以防感染。

血栓闭塞性脉管炎

血栓闭塞性脉管炎简称脉管炎（Buerger 病），它是原因不明的血管炎性和闭塞性疾病。多发于男性青壮年。常发生于四肢远端中小血管壁非化脓性炎症伴管腔内血栓形成，引起肢体缺血，发生疼痛及周期性发作。吸烟被认为在本病发生发展中起重要作用，另外性激素、自身免疫以及环境外伤等因素对发病也可能起到一定的作用。

［**临床症状**］

临床症状与血管闭塞部位程度、范围有一定关系，本病进展缓慢。

1. 疼痛为主要症状，由于肢体缺血后继发感染或神经炎引起。

(1)间歇性破行，早期患肢变凉、麻木，足底发紧，走一程路后，小腿及足部肌肉胀痛或抽痛，继续行走疼痛加重，被迫止步休息，片刻后痛缓解，再行走，疼痛复出现，这种表现称之为间歇性破行。随着病情加重，疼痛出现的行程越来越短，休息时间却愈加长。

(2)游走性血栓性浅静脉炎，病人在发病前或发病中小腿或足部反复出现游走性血栓性浅静脉炎，呈索条状或结节状，伴轻度疼痛，红肿，2～3 周消退。一段时间后另外部位出现上述症状。

(3)病情发展，肢体缺血更加严重，休息时亦感肢体痛，尤其是夜间疼更甚，抬高患肢疼加剧，下垂时稍好，病人常抱膝而坐，疼痛不能入睡。

2. 肢体营养障碍，趾甲生长缓慢变形增厚，皮肤变薄、干燥，汗毛脱落，色潮红或紫红，小腿肌肉萎缩，病情恶化，肢端缺血加重可出现干性坏疽，趾脱落呈经久不愈的溃疡。

3. 临床检查，皮温降低，足背或胫后动脉、□动脉搏动减弱或消失，或有局部静脉炎的表现。晚期可见肢端坏疽、溃疡、肿胀等表现。

4. 肢体血液测定，出现局部血流减少，或超声发现血栓和肢体血压的改变，血管造影可发现血管狭窄或堵塞的部位、程度及范围。

5. 病人多为青壮年男性，无高血压、高血脂、动脉硬化历史，多伴有吸烟史。

[治疗]

原则是改进肢体血供，减轻或解除疼痛，促进溃疡愈合，保存肢体，恢复功能。

1. 药物治疗：

(1)扩血管药物的应用：托拉苏林、酚苄明、苄苯酚胺、烟酸、罂粟碱、抗栓丸等。

(2)低分子右旋糖酐静脉点滴，以减低血液粘稠度、抗血小板粘聚、防止血栓延伸和促进侧肢循环等作用，每日 500～1 000 毫升，用药 10～15 天。

(3)如有溃疡，应用抗菌素以防感染。

(4)中药的应用，依症施治，根据不同情况、病程不同时期及不同类型，开出不同方剂；或应用中成药，如复方丹参制剂和毛冬青片等。

2. 针灸疗法：不同病情取不同穴位，还可用耳针配合治疗。

3. 高压氧治疗：利用高压氧仓，以增加组织氧储备，从而改善组织缺氧，减轻疼痛，促使溃疡愈合。

4. 手术治疗：

(1)腰交感神经节切除，能缓解肢体血管收缩张力，促进侧支循环，改善皮肤血供。作腰交感神经节切除以前，应先作腰交感神经节局部麻醉，以观察下肢动脉搏动及皮温改变，如有效再行切除手术，一般切除腰 2、3、4 神经节。

(2)动脉血栓内膜剥脱术，或动脉移植术：

一般阻塞在股、□以下动脉，经检查胫前后或腓动脉至少有一支畅通者，肢体出现严重缺血表现，明显间歇性跛行，静息痛或肢端溃疡坏疽者，适应此手术。

5. 止痛：

(1)有效的止痛药物治疗，应经常更换不同止痛剂，以防成瘾。易成瘾药尽量少用或禁用，如吗啡类止痛剂。

(2)1‰普鲁卡因(Procaine)，静点 1000 毫升。

(3)连续硬膜外阻滞，置硬膜外管保留间断给药止痛，注意无菌操作，防止感染。

6. 肢端溃疡坏疽处理：

(1)消毒换药，促进伤口愈合。

(2)经久不愈，坏死界限明确，立即截肢截趾，注意保留存活组织

以促进伤口愈合。

［预防、护理与保健］

1. 戒烟，特别是已发现此病病人，必须立即戒烟，永不准再吸，否则治好还可再复发。

2. 防寒保暖，防止外伤，不能加温或理疗，勿穿太紧的鞋袜，剪趾甲勿损伤皮肤。

3. 发病后应早期治疗，应用中西药物结合治疗，特别是中药治疗对此病有特殊效果。

4. 进行足部运动以促进侧支循环。病人平卧，抬高患肢45°，维持1～2分钟，然后足下垂床边2～5分钟，同时两足和足趾向四周活动10次，再将患肢放平休息2分钟，反复5回，这样每天练习数次。

下肢静脉曲张

下肢静脉曲张是从事体力劳动和长时间站立工作人员的常见疾病。指下肢浅静脉系统处于伸长、蜿蜒而曲张状态。多由于静脉壁薄弱、瓣膜功能障碍或浅静脉内压升高引起。站立过久、妊娠、慢性咳嗽、习惯性便秘等等均可诱发。

［临床症状］

1. 下肢浅静脉蜿蜒、扩张、迂曲，下肢轻度水肿，后期可出现小腿部皮肤变薄、脱屑、瘙痒、色素沉着，皮肤和皮下组织变硬，甚至湿疹样变。

2. 外伤后出现溃疡，经久不愈。

3. 早期无症状，重时可出现下肢沉重、无力感。甚至出现胀痛，易疲劳，有时小腿肌肉痉挛。

4. 通过临床试验，进一步了解深静脉是否通畅，最简单的办法是上止血带，阻断浅静脉回流，嘱病人踢腿反复20次，或在室内行走后，曲张静脉减轻或消失，证明深静脉通畅，可以进行手术治疗。如果仍不明确深静脉情况，可行超声、核素扫描、核磁共振等无创伤检查，必要时可作血管造影检查。明确深静脉通畅情况或有无其他血管疾病。

［治疗］

1. 手术治疗：大隐静脉高位结扎剥脱术，一定要求深静脉通畅才

能作此种手术。手术中要注意断扎大隐静脉主干及所有属支，剥脱干支，结扎交通支，切除静脉团块，防静脉炎发生。术后加压包扎，防止出血及血肿形成。

2. 硬化疗法和加压包扎：这种适用于术后残留的静脉和复发者，常用硬化剂5%鱼肝油酸钠，注射1～2毫升，外加弹力绷带包扎3～6周，注意硬化剂一定要注入血管内，不能打入皮下以防皮肤坏死，也不能注入动脉血管，防止肢体坏死。

3. 姑息疗法：早期病人症状轻者可以用弹力绷带包扎，或穿弹力袜，适当卧床休息抬高患肢，避免长时间站立。年老不宜手术或妊娠病人或慢性溃疡经久不愈不宜手术者，均可采用此法，待条件改善后，溃疡愈合再行手术治疗。

4. 并发症的治疗：有溃疡创面应换药、湿敷，改善创面条件后，经久不能愈合者可考虑切除植皮，消灭创面后再行手术治疗。如有破裂静脉出血，应加压包扎，无效者可缝扎血管。

[**预防、护理与保健**]

1. 避免长久站立不动，长久站立工作者，如售货员等需要多动或做工间操，如已发病者，要穿弹力袜，晚间抬高患肢。

2. 注意保护下肢，不要碰破或抓破，防止溃疡形成。

急性淋巴管炎和急性淋巴结炎

细菌从皮肤破损处或粘膜侵入淋巴间隙进入淋巴管，或其他部位有感染灶，细菌进入相应的淋巴管及蔓延到所属区域的淋巴结，引起急性淋巴管炎和淋巴结炎。上肢多由于手部皮肤损伤引起，下肢多为足癣或皮肤擦伤后引起。急性淋巴管炎分浅深两层，浅层网状淋巴管炎即为丹毒，它们均可引起所属部位的淋巴结炎，如腋下及腹股沟部淋巴结炎。

[**临床症状**]

1. 丹毒表现为局部皮肤呈片状隆起，红肿热痛、稍硬、压痛、边界清楚。管状浅层淋巴管炎起“红线”，一条或多条，往往与伤口相连，红线发展很快，向近心端延长。如为深层淋巴管炎，只发现肢体肿胀、压痛。

2. 皮肤上可找到感染病灶或破损处。所属区域淋巴结大、压痛，

甚至周围肿胀皮肤红肿，后期还可以形成脓肿，检查软有波动。

3. 全身症状：发烧、畏寒、头痛、乏力、食欲不振等症状。

［治疗］

1. 早期外敷金黄散等中药，进行理疗、热敷以促进消散。处理原发病灶，清创。

2. 全身症状重者应用抗生素。多为葡萄球菌链球菌感染，大剂量青霉素可控制感染，也可应用广谱抗生素，防止发生败血症。

3. 淋巴腺结炎形成脓肿后应及时切开引流。在脓肿形成以前不能切开，防止感染扩散。

［预防、护理与保健］

1. 抬高患肢，减少活动，必要时静卧休息。

2. 丹毒有可能反复发作而呈慢性，因此治疗用药时间要长，才能彻底。有时需手术切除皮损组织，清除隐藏的细菌方能达到根治。

甲沟炎

指甲根部与两侧皮肤相连处形成甲沟。甲沟炎是甲沟或其周围组织发生感染。多为小刺伤，挫伤，倒刺或剪指甲过深等损伤引起细菌侵入而形成。

［临床症状］

1. 指甲一侧的皮下组织红肿痛，逐渐扩散蔓延至甲根部的皮下及对侧甲沟，形成半环形脓肿。

2. 如果未能及时切开可向甲床下蔓延形成为甲下脓肿，此时疼痛加剧，甲下可见到脓液使指甲与甲床分离（可见指甲有漂浮的感觉）。如不及时处理，可形成指骨骨髓炎。

［治疗］

1. 早期热敷理疗，或外敷中药金黄散等，以促进炎症消退。

2. 有脓液及时切开引流，引流要彻底，若甲沟感染部皮肤与指甲分开，如蔓延至甲下应该作部分或全部指甲拔除，以利引流。应注意勿损伤甲床，以免影响指甲生长变形。

［预防］

剪指甲时不要过短，如果有微小损伤，应涂碘酒、酒精，以防感染。

急性乳腺炎

急性乳腺炎是细菌浸入乳腺引起化脓性感染。中医称之为“乳痈”。几乎所有病人都是产后哺乳期妇女，尤其是初产妇更为多见，多发生在产后3～4周，产妇抵抗力低下，加之乳汁淤积有利于入侵细菌的生长繁殖。造成郁乳的原因多为乳头发育不良，妨碍哺乳；或乳汁过多婴儿吸不尽以致乳汁不能完全排空；乳管通畅不良影响排乳；或夜间受压造成郁乳。初产妇乳头皮肤稚嫩，婴儿吸吮造成破损，如果婴儿有口腔炎，细菌侵入乳内形成感染。

［**临床症状**］

1. 乳房肿胀疼痛，局部有压痛的硬块，表面皮肤红热。随着病情加重，疼痛加剧，可出现搏动性痛（即跳痛）。患侧腋下淋巴结可肿大。

2. 全身发热，可有寒战、高烧、脉快、血白细胞增高。

3. 乳房内硬块可以逐渐变软形成脓肿，可出现一处也可多处，浅的可自行破溃流脓，深部脓肿得不到引流，细菌可以进入血内形成败血症。

［**治疗**］

1. 未形成脓肿之前的治疗：

（1）患侧停止哺乳，促进乳汁通畅用吸奶器吸尽乳汁勿使郁乳，还可用手蘸油（凡士林）润滑从乳根部向乳头部梳挤促进乳汁通畅。

（2）局部热敷（热毛巾或热水袋均可），每次20～30分钟，每日3～4次。或用金黄散或鲜蒲公英捣碎外敷，有利炎症消散。

（3）全身应用抗生素，为了保护婴儿，最好用大剂量青霉素，静脉点滴。如效果差，改用其他广谱抗生素时应停止哺乳。

（4）中药治疗，以清热解毒，疏肝清胃为主。

2. 脓肿形成后的治疗：及时外科手术切开排脓，要注意引流彻底、通畅。如为多房性脓肿，要打开房间隔。

3. 引流后伤口长期不愈，或有奶瘘，乳汁为细菌生长繁殖提供条件，这时就回奶，具体方法是：①焦麦芽60克，水煎服当茶饮，每日1剂，连服2～3日。②口服己烯雌酚1～2毫克，每日3次，共2～3日。③肌肉注射苯甲酸雌二醇，每次2毫克，每日1次，至回奶为止。

[预防、护理与保健]

1. 避免郁乳，定期哺乳，每次哺乳保证乳汁排空（吸不完时用吸奶器吸尽）。

2. 保持清洁，哺乳前后清洗乳头，如有乳头破裂及时治疗，注意婴儿口腔卫生，防止口腔炎。

3. 妊娠期间，特别是初产妇，或乳头发育欠佳者，从妊娠第七个月开始，每天用温水毛巾擦洗乳头，反复磨擦促进乳头上皮增生老化，或清洗后，涂抹酒精，以刺激上皮增生，防止哺乳时因乳头皮肤稚嫩发生破裂而造成乳腺感染。

疖　痈

疖是一个毛囊及所属皮脂腺的急性细菌性感染，局部呈锥形小结节，中央软组织坏死变软，呈一小脓栓。痈则为多个毛囊及相邻的汗腺皮脂腺的急性细菌性感染，有多个小脓栓形成，多发生在颈部、背部皮肤坚韧处，感染在皮下蔓延，向四周扩散，再向上传到其他毛囊，形成多个脓头。坏死组织多，全身反应重，糖尿病人易发。痈还发生在口唇部位叫唇痈，此处血循环丰富，一旦发生比较严重。

[临床症状]

1. 皮肤局部出现红肿痛的小结节，逐渐长大呈锥形隆起，中间有一小的黄色脓栓。一般无全身症状，如发生血管丰富部位或范围较大可引起发烧。

2. 痈，局部呈上片状隆起，紫红色浸润区，质坚韧，界限不清，中央部有多个脓栓，破溃后呈蜂窝状。坏死后中央溶解、塌陷，像个“火山口”样，中间有大量坏死组织和脓液，周围有明显水肿，局部剧痛。

病人有明显全身症状，畏寒发烧、头痛、食欲不振、白细胞增高。

[治疗]

1. 在未形成脓肿以前局部热敷或理疗，或外敷金黄散等中药，以促进消散或加速脓肿形成。

2. 如为面部或血循环丰富部位的疖或痈，应该选用抗生素控制感染，防止败血症的发生，特别是有糖尿病的病人，抵抗力差，更应早期应用有效抗生素（抗球菌的或广谱抗生素）。如有糖尿病应控制糖尿病。

3. 一旦形成脓肿，及时切开引流。对痈切开要彻底。因深部坏死组织多，容易引流不畅，一般采用“十”字或“十十”字切口，切口长度要稍超出炎症的范围，深达筋膜，尽量剪除所有坏死组织，伤口内填塞油纱布条或碘仿纱条，以防腐及止血。以后每天换药。痈可能发生皮肤缺损，需植皮。

［预防、护理与保健］

1. 注意个人卫生，保持皮肤清洁。特别是成年人皮脂腺发达，更应及时清洗，防止毛囊及腺体开口堵塞。有糖尿病者应积极治疗。

2. 面部疖特别是上唇周及鼻翼部的所谓“危险三角区”或唇痈，不能随意挤压或挑刺。以防止感染沿内眦静脉和眼静脉进入颅内的海绵窦，引起颅内感染，出现高烧头痛，甚至昏迷，死亡率很高。

3. 根据皮肤特点，选择适合自己的护肤用品。

男性泌尿生殖病

包茎和包皮过长

包茎和包皮过长是常见的疾患，对人来说是微不足道的小疾，但有时也能给人体健康带来很大的麻烦，甚至危及生命，不应等闲视之。

［临床症状］

1. 包皮若能上翻露出阴茎头部称为包皮过长。

2. 若因包皮口狭窄粘连包皮不能上翻则为包茎。

新生儿出生后，包皮即包绕整个阴茎头部，且其内表面与阴茎头部粘连，以后逐渐吸收，包皮与阴茎分开，但包皮仍长，因而婴幼儿包皮过长是正常现象。到青春期前阴茎生长逐渐加快，包皮生长相对较慢，而逐渐露出阴茎头，部分病人可能由于包皮口小或与阴茎粘连，包皮随同阴茎一起生长，而形成了包茎或包皮过长。

3. 过长的包皮及包茎导致了包皮囊内皮脂腺分泌物、尿道的分泌物及脱落的上皮细胞所形成的包皮垢的大量积聚，而易引起细菌感染，导致阴茎头、包皮及尿道口炎，炎症反复发作可引起尿道外口

狭窄，并向后蔓延，形成前尿道狭窄，而致排尿不畅，尿流梗阻，双肾积水，肾功能损害。

4. 包皮口较紧者，勉强上翻包皮，而未及时复位，包皮口可形成一个狭窄环，紧勒于阴茎冠状沟处，而致淋巴及血液回流障碍，阴茎头及包皮高度水肿而称之为嵌顿包茎，如不及时处理，可引起该处组织缺血坏死。

［**治疗**］

1. 包茎必须行包皮环切术。

2. 包皮过长可手术亦可不予手术，但必须保持局部的清洁，经常上翻包皮清洗阴茎头，若反复发生包皮炎症，环境卫生条件不佳，仍以手术为宜。

3. 嵌顿包茎可行手法复位，以两手拇指轻压阴茎头部，其余四指紧扣于阴茎冠状沟处，使包皮下翻复位，若手法复位困难则需手术治疗，作阴茎背侧切开术，松解狭窄环，将包皮复位，以后再择期行包皮环切术。

［**预防与保健**］

1. 少年儿童包皮过长，应经常上翻包皮，清洗阴茎头部。

2. 包皮口紧可经常用手向两侧撑一撑以扩张之，或用气囊管扩张亦可。

3. 包皮与阴茎有轻度粘连时，可用钝头血管钳轻轻将粘连分开，清洗包皮囊，术后数日应活动活动包皮，避免再度粘连。

4. 包皮垢的长期刺激也是阴茎癌形成的主要原因，几乎所有的阴茎癌病人均有包茎或包皮过长的病史。犹太人和信奉伊斯兰教者，出生后或出生后不久即作包皮手术，而极少有阴茎癌病人。故有人主张男婴出生后即作包皮环切。

隐　睾

在胚胎发育时期，睾丸位于腹腔的后方，接近腰部，以后逐渐下降，自腹膜后经腹股沟管降入阴囊。出生时未降入阴囊者，大多在出生后数月至 1 岁内降入阴囊，而到 1 岁以后，睾丸自然下降的机会甚少。当睾丸未下降到阴囊，而停留于下降路径的途中，谓之隐睾，一侧为单侧隐睾，两侧为双侧隐睾。

［临床症状］

1. 单侧或双侧阴囊内无睾丸，伴有单侧或双侧阴囊发育不良，阴囊小。

2. 停滞于腹股沟部的隐睾，可以手摸得到，而位于腹膜后的隐睾，可以“B”超检查而确定。

3. 部分病人可伴有腹股沟疝。

4. 阴囊内较低的温度，保证了睾丸的正常发育及机能，而位于腹部的隐睾，在体内较高的温度下，睾丸的发育及生精功能受到影响，睾丸曲细精管萎缩而不能生成精子，因此双侧隐睾病人因无精子症而丧失生育能力，甚至可引起雄激素分泌减少，而致男性第二性征发育不良。

［治疗］

隐睾的治疗包括内分泌治疗和手术治疗。

1. 内分泌治疗：可运用促性腺激素释放激素（GnRH）喷鼻，每日3次，每次400微克，共4周；或可用绒毛膜促性腺激素（HCG）1500单位肌注，隔日1次，总剂量15000单位。运用内分泌治疗，可促使睾丸下降，约半数的病人可取得疗效，治疗无效者，亦可使未降睾丸及精索增大增长，而有利于手术治疗的进行。

2. 手术治疗：可行睾丸下降固定术，游离睾丸，松解精索，将睾丸下降送入阴囊内并固定。对于高位隐睾，手术下降困难者，可将隐睾及其血管一并切下送入阴囊内，采用显微外科技术，将睾丸血管与阴囊邻近的血管吻合，而维系了睾丸的血运，此即为睾丸自体移植术。双侧隐睾运用内分泌治疗一般效果较好，而单侧隐睾大多与局部因素有关，多需手术治疗予以矫正。

对于隐睾的治疗，目前多提倡早期进行，有的学者主张从小儿10月龄开始内分泌治疗，若无效则在2周岁前行手术治疗。

［预防与保健］

隐睾睾丸由于处在较阴囊高1.5～2.5厘米的腹部，影响了睾丸生精细胞的功能，导致精子发生障碍，50％～100％的双侧隐睾及30％～60％的单侧隐睾病人会因此而致男性不育。

处于腹股沟部的隐睾，由于部位表浅，也没有阴囊的保护，易受损伤，此外，隐睾尤以位于腹膜后者，容易癌变，约8％～15％的睾丸肿瘤发生于隐睾。因此对隐睾的危害应加强宣教，提醒公众早期治

疗，避免不良后果的发生。

鞘膜积液

有时候在阴囊部可发现肿物，软软的呈囊性感，医生用手电照一下，肿块可以透光，称之为鞘膜积液。鞘膜积液的形成与胚胎发育有关，在胚胎发育中，睾丸自腹膜后由腹膜包绕而降入阴囊，覆盖于睾丸的腹膜（即鞘膜）有两层，两层之间即为鞘膜囊，正常时囊内含有少量液体，而连接鞘膜与腹腔的腹膜谓之鞘膜突，在正常时也完全闭合，当鞘膜囊内液量异常增多，或鞘膜突未能闭合造成囊内液体积聚，则形成各种类型鞘膜积液。

［**临床症状**］

1．交通性鞘膜积液：表现为阴囊内囊性肿物，站久肿物肿大明显，卧位休息一段时间，肿物缩小甚至消失。这是由于腹膜鞘突未闭，站立时腹腔液可顺流而下，达鞘膜囊内，而平卧时，积液可经此鞘突返流回腹腔，引起肿物大小的变化，是为交通性。

2．睾丸精索鞘膜积液：为阴囊内肿物，囊性肿物自阴囊底部达阴囊上部，此种类型乃由于腹膜鞘突仅在起始部即内环处闭合，而精索部未闭合，睾丸及精索鞘膜相通而均有液体积聚。

3．精索鞘膜积液：阴囊内囊性肿物位于睾丸上方之精索部位，这是由于鞘突的两端闭合，而位于精索部位的中间部分未能闭合且有液体积聚，而形成精索鞘膜积液。

4．睾丸鞘膜积液：亦表现为阴囊肿块，为囊性，液体积聚于睾丸鞘膜囊内，此类病人无腹膜鞘突闭合异常，睾丸鞘膜积液可能因炎症、外伤、肿瘤而引起，也有原因不明者。

鞘膜积液多无明显症状，积液多时可有重坠感。

［**治疗**］

轻度积液可不用治疗，婴儿期鞘膜积液有自行吸收自愈的可能，亦不用治疗，对中度以上较大的鞘膜积液，多需要手术治疗，可行睾丸鞘膜翻转术，而交通性鞘膜积液则须行鞘膜突高位结扎术。

［**预防与保健**］

鞘液积液对人并无太大危害，但需注意与睾丸肿瘤区别，睾丸肿瘤由于能产生鞘膜积液而常易误诊，由于睾丸肿瘤形成实质性肿块，

当托起睾丸时有明显沉重感，用手电照而不透光，必要时可以“B”超检查予以鉴别。

前列腺炎

前列腺是男性最大的附属性腺，位于膀胱和尿道的连接部，包绕着尿道，其主要功能是分泌前列腺液，参与精液的组成，具有运送精液、促进精液液化、保护及增加精子活力等生理机能。

前列腺炎为男性泌尿生殖系统最常见的疾患之一，占泌尿科门诊男性病人的首位，多发于青壮年，病人症状繁多，经久不愈，常频频来诊。

［**临床症状**］

前列腺炎一般分为三类：即急性前列腺炎、慢性细菌性前列腺炎和慢性非细菌性前列腺炎。

急性前列腺炎和慢性细菌性前列腺炎因病菌侵入前列腺而引起，细菌可经血液、尿路和淋巴等途径进入。致病菌主要为大肠杆菌、变形杆菌、克雷白杆菌等。

1. 急性前列腺炎较少见，一般起病急骤，发热，全身不适，伴有尿频、尿急、尿痛及尿末滴沥，有时排尿不畅甚至尿潴留，并感上腹、腰骶部及会阴等部位疼痛。直肠指诊可触到肿大的前列腺，且有明显压痛，如有脓肿形成可有波动感。

2. 慢性细菌性前列腺炎除少数是由急性转变而来外，绝大多数病人均无急性阶段，临床表现不典型且复杂多变，表现为：

(1)膀胱及尿道刺激症状：如尿频、尿急、尿不尽、尿道灼热，排尿不畅，排尿末或大便时有白色分泌物自尿道口滴出，谓之“尿白”。

(2)疼痛：下腰、下腹、会阴、腹股沟部、阴囊及睾丸处疼痛。

(3)性功能障碍：如性欲减退、早泄、阳萎、射精疼痛等。

(4)神经精神症状：头晕、耳鸣、乏力、失眠等。

(5)少数病人可继发眼结膜炎、虹膜炎、关节炎及肌炎等。

(6)慢性细菌性前列腺炎的诊断，主要依靠直肠指诊及前列腺液的检查，病人前列腺液内卵磷脂减少或消失，白细胞增多，用显微镜检查时，在高倍镜视野下白细胞达10个以上，并常可见成堆白细胞。此外可作细菌培养及药物敏感试验以指导治疗。少数病人可行前列

腺穿刺活检，但不宜作为常规检查。

3. 慢性非细菌性前列腺炎具有与慢性细菌性前列腺炎类似的病理改变及临床症状，但前列腺液中无细菌发现，本病的确切病因尚不清楚，值得注意的是在慢性前列腺炎的病人中，非细菌性前列腺炎者远远超过细菌性前列腺炎。

[治疗]

1. 急性前列腺炎：

(1)卧床休息，多饮水，热水坐浴并保持大便通畅。

(2)抗菌药物治疗，除口服药物外，重症者以静脉给药为宜。可给予青霉素、氨苄青霉素，喹诺酮类药物，如氟哌酸、氟嗪酸、环丙氟哌酸等。

(3)若前列腺有脓肿形成，应予切开引流。

2. 慢性细菌性前列腺炎：病情顽固经久不愈，应强调综合治疗。

(1)应消除病因，禁食酒类及其他刺激性食物。

(2)选用适当抗菌药物，如红霉素、复方新诺明、氟哌酸、氟嗪酸及美满霉素等。

(3)前列腺按摩，每周1次，一疗程6次，促进炎症分泌物引流，并每日行热水坐浴。

(4)前列腺超短波治疗以及近年来发展起来的射频微波治疗，有一定效果，可酌情运用。

(5)运用中医学方法治疗，根据辩证论治选用八正散及知柏地黄汤等药物治疗。

[预防与保健]

1. 前列腺炎的病因除细菌感染外，其他如：饮酒过度、感冒、疲劳、房事不节、便秘、下尿路梗阻尿流不畅等因素，对前列腺炎的发病、复发及病情恶化具有一定作用，应予重视。

2. 加强身体锻炼，增强体质。

3. 部分前列腺炎病人症状重，思想顾虑重重，缺乏治愈的信心，应予耐心的心理治疗，以解除不必要的思想顾虑及错误观念，树立战胜疾病的信心。

前列腺增生症

有些年迈的男人，常感尿频，排尿不畅，这是前列腺在那里作怪。前列腺位于膀胱和尿道之间，包绕着尿道的起始部，正常重20克。人老了前列腺增生肥大，严重者可达200～300克，压迫尿道使其变细、伸长、弯曲，而引起排尿困难。

前列腺增生症是老年性疾病，随着我国人口老龄化，发病率有增高的趋势，多发于40岁以上的人群，病因不太清楚，可能与老年人性激素平衡失调有关。

［**临床症状**］

前列腺增生症起病较慢，其症状表现如下。

1. 尿频：往往为初发症状，开始为夜间尿频，继之或同时白天亦尿频，并伴有尿急，随着病情的发展，其程度日益加重。

2. 排尿困难：并呈进行性加重，是本病的重要表现，病人排尿迟缓、尿线细无力、射程近，尿滴沥以及尿流中断。

3. 尿潴留：为排尿困难的进一步发展，梗阻加重导致尿液完全不能排出。也可以表现为尿失禁，由于尿排不出，膀胱过度充盈，致少量尿液不断溢出，此即所谓假性尿失禁或称充溢性尿失禁。

由于尿液引流不畅，导致尿液淤积，而继发尿路感染，出现发热、尿痛、腰痛及尿频尿急。尿液滞留于膀胱，使尿内晶体沉积形成膀胱结石，使梗阻加重。因尿流梗阻，晚期可导致肾积水、肾功能衰竭，而出现恶心、呕吐、食欲不振等尿毒症症状，并可因此而死亡。此外由于病人长期用力排尿，腹压增加而导致腹股沟疝、脱肛、内痔等病变。

有了以上症状，应到医院就诊。

4. 经肛门指诊，发现增大的前列腺向直肠腔内突出，即大致可以确诊。

5. 部分病人还可进一步检查，如尿流率检查，可以细致地、客观地记录下排尿时间，尿的流量。

6. 必要时还可进行膀胱镜检查，除可以看到增大的前列腺外，还可了解膀胱内有无其他病变，如结石、肿瘤等。

7. “B”超可对前列腺的体积进行测量，并可定期复查，从而了解病变的进展。测定膀胱残余尿，可对梗阻的程度作一基本估计，通过

“B”超检查可以了解前列腺有无异常结节，而排除前列腺癌。

此外对病人进行放射性核素肾图检查，可了解病人肾脏功能。

［治疗］

1. 轻症病人可采用药物治疗，如保利治、安宫黄体酮、前列康、高特灵、竹林胺等，这些药物或使前列腺体积缩小，或使前列腺平滑肌松弛，减少排尿阻力，有一定疗效。

2. 重症症状明显的病人仍以手术为宜。由于年老体衰，病人及家属往往对手术顾虑重重，拖延日久，病情每况愈下，而失去手术的机会，因此手术时机的选择十分重要，若病人出现下列情况应考虑手术治疗：

(1)残余尿即排尿后膀胱内还残存的尿，超过50～60毫升(正常残余尿0～20毫升)。

(2)症状明显影响健康和生活，如排尿频繁，反复尿潴留、尿路感染、血尿等。

(3)出现并发症，如膀胱结石、肾积水、肾功能受损以及并发腹股沟疝、脱肛、痔疮等。

手术治疗有运用开刀的前列腺切除术，及近年来发展起来的经尿道前列腺电切除术及激光手术，后者可不用开刀，而具有痛苦小、手术后恢复快的优点。对那些年迈体弱、不能耐受较大手术或肾功能不佳者，可行永久性膀胱造瘘或待肾功能恢复后再行前列腺切除术。

3. 近年来曾流行一时的前列腺射频、微波治疗，尽管人们寄予了较大的期望，但疗效并不尽人意，也代替不了手术治疗，有待进一步改进。

［预防与保健］

前列腺增生症是一种老年性疾患，病因不清楚，目前尚无有效的预防方法。

由于病人多年老体弱，应注意保养身体，饮食有节，少饮酒，禁辛辣刺激性食物，不要憋尿，冬令季节气温骤降时注意保暖，以避免急性尿潴留的发生。

老年病人往往多合并其他疾患，如心血管疾患，几种病互相干扰，使病人苦不堪言，健康状况急剧下降，笔者认为应对病人情况作细致分析，抓主要矛盾。曾有一病人合并有冠心病，心绞痛频繁发

作，前列腺增生夜间尿频休息不好，使冠心病日益加重，最后医师果断地给病人作了前列腺切除术，不仅治好前列腺增生症，而且由于休息好了，冠心病亦大大好转。老年人对手术治疗往往有较大畏惧心理，应正确对待。

近年来由于手术治疗的改进，前列腺切除术的安全性已大大提高，因而对于手术治疗的掌握可有较大的灵活性，对于那些病情发展较快的病人，可以提早进行手术治疗，而不必等到年迈体衰“山穷水尽”的时候，而使治疗进退维谷。

男性不育

育龄夫妇婚后1年以上，未采用避孕措施而未孕，则为不育。据统计在育龄期间，约有8%的夫妻将会遭遇到不育的问题，而其中由于男方因素而致不育者不低于50%。

男性不育，即指因男方因素而致不育者。

［**诊断要点**］

男性不育的病因十分复杂，可从以下几个方面予以分析：

人体精子是由睾丸生精上皮产生，然后进入附睾，再进一步成熟后进入输精管，输精管再与精囊腺汇合成射精管，开口于后尿道。射精后精子进入阴道，循宫颈子宫进入输卵管与卵子结合而成受精卵，以后形成胚胎，此过程任一环节受到影响，均可引起不育。

1. 睾丸功能障碍：有多种因素影响睾丸功能，引起精子发生障碍而导致不育。先天性疾患，如克氏（Klinefelter）综合征，其染色体为XXY，比正常男性多了一条X染色体，此类病人曲细精管发育不良，无精子；隐睾病人，在体内较高的温度影响下，睾丸生殖上皮的发育及生精功能受到影响，也不能生成精子而不育；内分泌紊乱，如垂体肿瘤引起高催乳素血症，使促性腺激素释放激素减少，影响精子生成而致不育。此外精索静脉曲张及睾丸炎，特别是流行性腮腺炎合并睾丸炎，也可引起生精障碍。

2. 输精管道梗阻：精子通过附睾、输精管及射精管输送出来，若此环节中任一部位堵塞都会形成梗阻性无精子症而不育。如有的人先天性畸形，双侧输精管缺失，还有的人由于疝修补术，输精管损伤，或者因炎症、结核而引起输精管梗阻。

3. 性功能障碍：如阳萎、早泄、不射精、逆行射精，以及外生殖器畸形如阴茎过小、尿道下裂，引起交媾困难，不能将精液输送到阴道中去而不育。

4. 男性附属性腺感染：男性附属性腺主要为前列腺和精囊腺，它们的分泌物参与精液组成，含有大量的酶和各种营养成分，对精子的运转及生理功能的发挥有重要影响，一旦附属性腺发生感染，其功能必然下降，精液的各种参数随之产生变化，如精子数量下降、活力减低、精子的畸形率增加，这些将导致男性的生育力下降甚至不育。

5. 免疫因素：精子含有多种蛋白，具有一定的化学结构，并有抗原性，当这种物质进入男性自身的血液循环，刺激免疫系统产生抗体即为抗精子抗体。人体在正常情况下，由于存在着一种特殊结构“血睾屏障”，将免疫系统与精子抗原物隔开，因而不会产生抗精子抗体，但当炎症、外伤等导致血睾屏障破坏时，抗精子抗体的产生就有了可能。精子一旦与体液（如精浆）中存在的抗精子抗体接触，就可使精子凝集制动，阻止精子与卵子的结合，而导致不育。近年来免疫学因素引起的不育，已越来越引起人们的注意，据认为在原因不明性不育的夫妇中约有10%～30%可能为免疫性不育。

对男性不育病人可进行下列检查：

(1)精液分析：这是评价男性生育能力最有价值的检查，为了保证结果准确无误，应正确地采集标本。病人应禁欲3～7天，收集一次射精的全部精液，在半小时内送检。由于精液参数变化较大，每位受检者最好进行两次检查。精液的正常值为：精液量2ml以上，液化时间≯60分钟，精子密度＞2000万/毫升，存活率＞60%；活力，射精后60分钟内，50%或更多具有前向运动，正常形态的精子＞50%。

(2)生殖内分泌激素测定：中枢神经－下丘脑－垂体－睾丸组成男性生殖轴系，调节男性的生殖功能，它们之间依靠内分泌激素来进行调节，所以内分泌激素的水平反映了男性的生殖状态。

若促卵泡激素（FSH）、黄体生成素（LH）、泌乳素（PRL）、睾酮（T）的值正常，则可基本上排除生殖系统内分泌疾患。如FSH上升，提示有睾丸曲细精管生精上皮损害；LH升高而血睾酮低，表示睾丸间质细胞损害；血睾酮（T）、黄体生成素（LH）及促卵泡激素（FSH）均降低，则意味着继发性睾丸机能障碍，也称为低促性腺激素性性腺功能低下，即睾丸本身正常，但由于垂体或下丘脑功能不全，促性腺激素

(FSH,LH)分泌不足,而致睾丸功能低下。

(3)睾丸活组织检查:睾丸活检在男性不育的诊断中占有重要地位,通过对睾丸组织病理学检测,可以评估精子发生的功能和精子发生障碍的程度,而为男性不育的诊断、治疗以及预后提供客观依据。获取睾丸组织,过去一般采用手术切开的方法,近年来已逐渐为穿刺取材所代替。

睾丸活检主要适用于促卵泡激素(FSH)正常的无精子症和少精子症等,例如可根据睾丸组织基本正常而推论无精子症是由于精道梗阻所致,还可根据睾丸组织病理损害程度,推测病变的原因,评估预后,而制定合理的治疗方案。

此外,对男性不育病人,还可进行免疫学检查、染色体检查及精道造影,从而对男性不育作出完整的诊断。

[**治疗**]

应根据不育的各种不同病因进行针对性的治疗,如纠正不正确的性交方式、矫正外生殖器畸形等。

1. 手术治疗:可用于精索静脉曲张的治疗,尿道畸形如尿道下裂的矫正,精道梗阻的修复如输精管梗阻的输精管吻合术等。

2. 药物治疗:

(1)改善精液的质量,如用促性腺激素、克罗米芬、胰激肽释放酶、维生素 E 及葡萄糖酸锌等;

(2)对附属性腺的感染,可选用适当的抗生素;

(3)对免疫性不育,可采用肾上腺皮质激素治疗;

(4)祖国医学对不孕症有深入的研究,几千年来积累了丰富经验,中医学对男性不育的疗效肯定,可根据病情,辩证论治予以治疗。

(5)人工授精,也可用于男性不育的治疗,即是将丈夫或供精者的精液,通过人工的方法,置入女性的阴道、宫颈或宫腔内,而达到生育的目的,若丈夫患无精子症,可用供者(别人的)精液,称之为供者精液人工授精。若丈夫精液质量不好如少精子症、弱精子症,可将精液在体外处理,再置入妻子的宫颈或宫腔内,称之为夫精人工授精。

(6)试管婴儿:自 1978 年人卵体外受精与胚胎移植俗称试管婴儿获得成功以来,人类辅助生殖技术有了突飞猛进的发展。试管婴儿最初是应用于输卵管病变所致的不孕症,而后来逐步应用于男性不育、少弱精子症的治疗,而近年来最新发展是采用显微注射法,将

精子直接注入卵细胞内，使其受精，此法不仅可用精液精子、从附睾中吸出的精子，甚至还可用睾丸穿刺从睾丸组织取出的精子，这对于那些无精子症的病人，确实是一个巨大的福音。

［预防与保健］

生殖健康是人类迈向21世纪所面临的重大问题之一，据统计，50年以来，人类男性精液质量有了明显的下降，表现在精液体积及精子数量均有明显减少，这些改变不可否认与环境因素有关，环境污染不仅影响到人类的健康，也威胁到人类的繁衍，因此：

1. 治理污染，不仅是解决眼下人类所面临的困境，而且也是关系到人类的未来，子孙万代的大事。

2. 改变个人不良嗜好：吸烟酗酒可危及男性生育能力，吸烟可引起精子的畸形率上升。酗酒可损害生殖内分泌功能，导致睾丸萎缩，影响生育力，而且出生的子女素质下降，有碍优生优育，应大力开展卫生宣教。

3. 心理调节：不育夫妇在精神上承受了巨大痛苦，他们的心理压抑也应引起我们的关注，除了治疗他们的躯体疾病，解除不育之苦外，也应进行适当的心理治疗加以疏导。

男性性功能障碍

男性的性功能是一个复杂的问题，一方面它似乎是一种“本能”，包含有一系列的生理过程，如性欲、阴茎勃起、性交射精、情欲高潮、勃起消退等，而另一方面，这种本能又受思维语言、心理情感、疾病等社会因素、心理因素和生物学因素的影响。男性性功能障碍是指这些环节发生了某种改变，影响了正常性生活的总称，表现为性欲的改变，性欲低下与亢进；阴茎勃起的改变，阳萎、勃起不坚及异常勃起；射精的改变，早泄、射精过快、不射精、逆行射精及射精痛。

［临床症状］

1. 阳萎：指阴茎不能勃起或勃起不能维持足够的时间和硬度以完成性交。根据发病的原因可将阳萎分为两类：

(1)功能性阳萎：常见于青壮年，多由于精神因素所引起：如夫妻感情不和，精神创伤，害怕妊娠，怀疑自己的性能力等，过度疲劳，缺乏性知识，服用某些药物如利血平，也可引起阳萎。

(2)器质性阳萎:①神经性因素:如脊髓病变。②血管性因素:动脉粥样硬化或其他血管病变,导致阴茎的供血不足。③内分泌因素:如睾丸疾患及下丘脑、垂体疾病,导致内分泌激素的改变而引起阳萎。④全身性疾病:如心、肺、肝、肾等重要器官病变,可影响病人的勃起能力。⑤泌尿系疾患:如后尿道损伤及尿道修补术后,可引起阴茎勃起障碍。

2. 早泄:性交时阴茎在未插入、刚插入或正在插入阴道时即发生射精谓之早泄,而临床大多数来诊者,多为射精过快,即进入阴道后,很短时间或抽动几次即射精,而难以使女方达到性高潮。早泄多为精神性,也有认为与男性生殖道炎症如前列腺炎有关。

3. 不射精与逆行射精:性交时不能射精亦不能达到情欲高潮谓之不射精。逆行射精系指性交时有性高潮,也能射精,但精液自后尿道逆流入膀胱,而不能由尿道外口射出。此两种疾患均能导致不育。不射精病人大多因性知识缺乏及精神因素,如不知道性交时阴茎需要在阴道中反复抽动,少部分与器质性疾病有关,如脊髓病变(例如损伤)、腹膜后淋巴清扫术等。逆行射精大多由于膀胱与尿道联接处－膀胱颈及后尿道的病变,引起膀胱颈功能失调及后尿道梗阻所致,如尿道外伤尿道狭窄;膀胱颈及后尿道部位手术,如前列腺切除术;糖尿病以及长期服用某些药物,如胍乙啶等。

[**治疗**]

1. 阳萎的治疗:

(1)心理治疗:根据病人的精神因素,进行心理治疗,解除紧张焦虑情绪,调整夫妻关系,争取女方的配合。给予性生活指导,建立正确的性行为模式。

(2)药物治疗:针对病因,给予相应的药物治疗,如性腺功能低下、血睾酮水平低,可补充雄激素,给予甲基睾丸素或安雄等;高泌乳素血症所致的阳萎,可运用溴隐亭治疗。此外还可运用士的宁、育亨宾、中药等。近年来运用罂粟碱、前列腺素 E_1 行阴茎海绵体注射,可使阴茎勃起,疗效可靠,对病人稍加训练,即可自我注射。

(3)负压吸引器具治疗:利用真空吸引原理,使阴茎充血胀大达到足够硬度后,将一弹性环(如橡皮圈)适度地紧勒于阴茎根部,维持此硬度进行性生活。此法使用得当,疗效满意。

(4)手术治疗:如血管性阳萎,可行阴茎血管重建手术;垂体肿瘤

所致阳萎，可予肿瘤切除。治疗无效者可行阴茎假体植入手术。

2. 早泄的治疗：运用性心理及性行为疗法，最好男女双方同时进行，解除紧张焦虑，精神上彻底放松。运用避孕套或龟头涂布表面麻醉剂，如的卡因；服用镇静剂，以推迟性兴奋。还可运用感觉集中训练及“挤压”手法治疗，以增强耐受性刺激的能力，提高射精中枢的阈值，而延缓射精。此外运用酚苄明和氯丙咪嗪等配伍，也有一定的效果。

3. 不射精及逆行射精的治疗：对不射精的治疗，主要应进行性知识教育及心理治疗，大多数收到很好的效果。其次可运用电按摩治疗，运用按摩器刺激阴茎龟头，阴茎系带及其周围，亦能取得一定的效果。此外采用药物麻黄素、左旋多巴治疗，有的也能奏效。

逆行射精的治疗：可采用氯丙咪嗪、麻黄素等药物，能取得一定的疗效，还可收集性交或手淫后逆流入膀胱中的精子，作人工授精，以解决病人的不育问题。

[**预防与保健**]

1. 加强性教育，普及性知识，可减少因性知识缺乏所致的性功能障碍。

2. 积极防治可导致性功能障碍的疾患，如糖尿病、动脉粥样硬化等。

精索静脉曲张

有些男青年常感到左侧阴囊坠胀疼痛，用手一摸可感到阴囊内有许多索条状物，这就是精索静脉曲张。本病为常见病，多发于青壮年，发病率为10%～15%，大部分的精索静脉曲张发生于左侧，这是由于左精索静脉回流入左肾静脉并与肾静脉呈90°直角连接而流动，阻力较大之故，部分病人可双侧均有曲张，而仅有右侧曲张者甚为少见。

[**临床症状**]

1. 病人多无明显症状，或表现为患侧阴囊坠痛，并向同侧鼠蹊部放射，长久站立或行走则症状加重，平卧则明显减轻。

2. 部分病人可因不育而就诊，精索静脉曲张合并不育，可能与血液返流和瘀滞导致阴囊温度升高及肾静脉、肾上腺静脉中有毒物质

的反流，损害了睾丸，而使精子生成受损之故。

3. 体检可见病侧阴囊拉长下垂，并可触到阴囊内曲张的静脉团，平卧则消失或缩小，若平卧无变化则应除外有无腹部肿瘤压迫所致的症状性精索静脉曲张之可能。

4. 如有必要可行多普勒超声、放射性同位素阴囊血池扫描、精索内静脉造影等检查。

5. 对合并不育的病人，应进行精液常规检查。

［**治疗**］

1. 无症状者不必治疗。

2. 轻症者可试行非手术治疗，如阴囊托带及穿弹力裤等。

3. 症状较重，非手术治疗无效及合并不育而精液检查异常者，可行手术治疗，可行精索内静脉高位结扎术及精索静脉栓塞术。

［**预防与保健**］

男性不育病人，若合并有精索静脉曲张，且精液质量不佳，应尽快手术，以免拖延日久，睾丸受损严重，形成不可逆病变，而失去治疗机会。

五官科病

梅尼埃病

梅尼埃病为常见病，主要表现为反复发作性眩晕，同时伴有耳鸣、耳堵塞感、耳聋等耳蜗症状，并且与眩晕程度一致。眩晕可持续数分钟至数小时，眩晕每次发作不超过数日。但无意识障碍。

发病年龄，70％在30～60岁之间。无性别优势，多累及一耳，亦可双耳发病。

1. 病因：病因不明，众说纷纭。引起本病的原因可有精神因素、植物神经功能紊乱、变态反应，水盐代谢障碍等。

2. 病理：基本病理表现为膜迷路积水，蜗管、球囊较椭园囊、壶腹明显。积水使前庭膜破裂，内、外淋巴交通，高钾的外淋巴抑制了感觉细胞的兴奋性，致发作性眩晕及眼眩，2～3小时后钾浓度降低，眩

晕好转,眼震消失。膜迷路积水前庭膜通透性改变,钾离子从内淋巴到外淋巴,使 Corti 淋巴高钾,致听力下降。

[**症状表现**]

典型者表现为眩晕、耳聋、耳鸣三联征。但有些病人表现并不典型。

(1)眩晕:多呈突发性、旋转性,一般持续数秒、数分、数小时,很少超过数日,后自然缓解,转入间歇期,间歇期可数周或数月,眩晕发作次数越多,持续时间越长,间歇期越短,同时伴有眼震。发作时病人面色苍白、出冷汗、恶心、呕吐。

(2)耳聋:膜迷路积水者都有听力减退,波动性者占 25%,1~2 年内听力可下降至 60 分贝。梅尼埃病的听力下降表现为典型的以低频为主的感音神经性聋。两次发作间歇,听力可恢复正常,长期发作者逐渐发展为重度耳蜗性聋。

(3)耳鸣:典型者表现为低调嗡嗡声且有波动,常于发作前或发作时加剧,间歇期耳鸣仍存在,但程度减轻。晚期,呈高调耳鸣。一侧耳鸣对确诊病变则有价值。约有 1/3 病人伴有耳闷胀感或头胀满感。可能与内耳供血不良有关。

[**治疗**]

(1)眩晕发作时,应让病人在光线暗而安静的房间取卧位,并取其最舒适的头位。

(2)用镇静药、止吐药、防晕药物、5%碳酸氢钠水剂静脉点滴药,可使发作缓解。

(3)眩晕发作间歇期,应积极改善病人的内耳功能,可给予血管扩张剂、镇静剂,维生素 B_1、B_{12}、ATP,植物神经调节剂、利尿剂等,也可以用抗变态反应药物。

(4)对用药不能控制的反复眩晕及进行性耳聋病人,一般行内淋巴囊减压术等手术治疗。

[**家庭护理**]

1. 消除病人的精神疲劳、紧张和不安心理。告诉病人不管怎样眩晕,不会有生命危险,不必惊恐。使病人保持安静状态。

2. 眩晕发作时,应让病人在光线暗而安静的房间休息,卧位时取其舒适的头位。

3. 饮食为无刺激食物和低盐食物。

4. 就医时应有家属陪伴。并定期随访。

5. 应尽量避免高空作业的工作。

常见的眼睑病

眼睑位于眼球的前方，呈垂帘状，以保护眼球。眼睑富于血管及腺体，容易发生腺体的感染，以麦粒肿和霰粒肿最常见。

(一)麦粒肿

眼睑腺体的化脓性感染，又叫睑板腺炎，是儿童的常见眼病，卫生环境差、身体虚弱者容易发病。

[临床症状]

1. 眼睑疼痛剧烈，反复性麦粒肿，疼痛减轻。

2. 眼睑红肿，病变区有硬结，触之有压痛。几天后睑皮肤面或眼睑结膜面形成黄白色脓头，可自行破溃。发生在外眦角的麦粒肿因炎症不容易向周围扩散，不仅疼痛剧烈，外眦角球结膜还可以出现反应性水肿，有时呈泡状突出眼睑以外，病人常为此而惊慌。

3. 病侧耳前或下颌淋巴结肿大。

[治疗]

1. 起病早期冷敷，防止炎症的扩散。脓肿形成后热敷促进炎性物质吸收。

2. 抗生素：利福平、庆大霉素、环丙沙星等溶液滴入眼结膜囊，每日4~5次。金霉素或四环素软膏睡前涂入结膜囊。当耳前或下颌淋巴结肿大疼痛时，在医生指导下肌肉注射青霉素或庆大霉素。

3. 理疗：炎症早期脓肿尚未形成时，理疗可以促进炎症吸收。

4. 脓肿切开：脓肿形成后，及时作切开引流。切口选在脓肿较低的部位，引流要充分。脓肿自行破溃时，皮肤破口边缘往往参差不齐，有时皮肤缺损面积较大，容易形成瘢痕，甚至影响容貌。

[预防]

注意个人清洁卫生。饮食多样化，睡眠要充足，多参加室外活动，锻炼身体，居室要通气，提高身体素质及健康水平。发生炎症要及时就医，出现脓肿禁忌用手挤压脓头。面部静脉无瓣膜，挤压脓头容易造成炎性物质逆流进入脑血管，造成感染的全身性扩散，有危及生命的危险，曾有因挤压麦粒肿而亡命的报道。

（二）霰粒肿

如果眼睑的睑板腺导管阻塞，腺体分泌物潴留，刺激腺体纤维增生形成囊壁，成为霰粒肿。

［临床症状］

1. 眼睑结节，皮肤没有红肿和压痛，多为偶然发现。

2. 翻转眼睑，结膜面呈暗紫红色。

［治疗］

小的霰粒肿通过理疗、热敷可以自行吸收。较大的霰粒肿应手术摘除，防止继发性感染。

［预防］

远视、散光没有及时戴眼镜矫正时，容易出现霰粒肿。配戴矫正眼镜，可以防止囊肿的复发。老年人眼睑出现无痛性结节，应警惕癌肿的发生，需及时到医院进行检查，明确诊断。

结膜炎

眼睑的最内层和眼球巩膜的表面覆盖一层薄而透明的膜叫结膜。结膜直接裸露在外，容易受到物理、化学物质的损伤，发生细菌病毒感染，引起炎症反应，长期接受日光照射和风沙刺激，能够引起结膜变性。

（一）急性细菌性结膜炎

俗称暴发火眼，是细菌感染引起的结膜急性炎症。病人一般都有与急性结膜炎病人接触历史。有时可以造成家庭内、班组内小范围内的传播。幼儿园、中小学是急性细菌性结膜炎易发的场所。

［临床症状］

1. 自觉眼睛有不适感，如眼睑轻肿、摩擦感、眼泪多，眼眦粘稠使视物不清，揩去眼眦视力恢复。早晨眼眦常把上下睫毛粘在一起，睁不开眼。

2. 眼结膜充血：球结膜充血呈粉红或鲜红色，翻开上下眼睑，睑结膜充血比球结膜更明显，但表面光滑，可有分泌物覆盖。

3. 角膜清亮，视力不受影响。

［治疗］

抗生素局部应用：环丙沙星、庆大霉素、利福平等溶液滴眼，每天

依病情轻重3～4次至每小时1次不等。睡前涂金霉素、四环素、红霉素眼膏。

[预防]

本病是接触性传染,所以病人应注意隔离,不去公共场所,病人的洗浴用具与他人分开,每天煮沸1次。为病人滴过眼药后要立即洗手,防止分泌物污染别处,使感染扩散。

[护理]

及时用清水清理分泌物,患眼不能遮盖。病人应在光线柔和的环境中休息,避免强光刺激。

(二)流行性出血性结膜炎

流行性出血性结膜炎俗称红眼病,是一种腺病毒感染引起结膜的急性炎症。由于结膜可有不同程度的出血,看上去白眼球特别红,是区别于其他类型结膜炎的主要特点。接触病人后快至2～3小时,迟者24小时内发病,因此可以发生大范围内的流行。流行季节常在夏季。世界上及国内已先后发生过数次红眼病的流行。红眼病症状明显,病程也比一般结膜炎长,是每年夏季重点预防的传染病之一。

[临床症状]

1. 起病急,异物感,怕光流泪,眼睑不同程度的水肿。当角膜受侵犯时,眼睛疼痛。

2. 分泌物为水样,不粘稠。

3. 结膜充血,散在点或片状出血。

4. 用活体生物显微镜(裂隙灯)检查,角膜有上皮脱落。重症病人前房有炎症反应。

[治疗]

抗菌素局部滴入。常用药有吗琳双胍、无环鸟苷、环丙沙星、利福平等溶液。无环鸟苷或金霉素眼药膏睡前涂入结膜囊。

[预防与护理]

1. 室内空气流通,灯光柔和,闭目休息,不看电视和书报,及时清洗眼周分泌物。饮食清淡,富有维生素。

2. 红眼病是传染性最强的结膜炎,通过接触传染,病人应及时隔离,患病后不去公共场所,如游泳池、电影院等。滴眼药后立即洗手,并用75%酒精棉球擦手,防止分泌物污染别处。在发病的高峰季节,注意不用手揉眼,接触红眼病人后,可预防性地用抗菌素滴眼。

沙　眼

沙眼是由沙眼衣原体感染引起的结膜慢性炎症，具有传染性，主要通过共用洗脸盆、毛巾和手帕传染，是世界上发病率最高、流传最广的眼病。解放前沙眼在我国广为流行，目前在农村特别是水源不足的地区，沙眼仍然是常见的眼病。结膜的这种炎症过程很长、并且能向深层组织蔓延，引起许多并发症，重者导致失明。在世界范围内沙眼是致盲的主要眼病之一。解放后通过防盲治盲的群众运动，其流传基本得到控制。

［**临床症状**］

1. 症状轻微，有烧灼、不适、痒及摩擦感。有的人没有任何感觉。

2. 结膜形成乳头滤和泡：翻开上下眼睑，结膜表面粗糙不平，有大小不等形状不一的小泡，也有颗粒样外观。这是沙眼的活动性病变。

3. 结膜瘢痕：结膜表面有白色网状、条状和片状无血管区，为病变区瘢痕。

4. 常见并发症：①内翻倒睫：睫毛囊受侵后瘢痕收缩，使睫毛排列方向不一致，有的睫毛倒向眼球，触及角膜，造成角膜上皮擦伤，容易发生感染。②慢性泪囊炎：泪道系统炎症造成在鼻腔开口的鼻泪管狭窄或堵塞，泪液在泪道系统的潴留，继发细菌性感染。表现为泪溢，用手指压鼻根处的泪囊，有脓流出。慢性泪囊炎急性发作时，内眦部皮肤红肿、隆起，局部疼痛。③角膜混浊：结膜血管长入透明角膜，或角膜发生炎症，都可以导致角膜不透明，严重地影响视力。

［**治疗**］

1. 抗生素：主要是局部应用，如氯霉素、利福平、环丙沙星、磺胺醋酰钠等溶液滴眼，每天 3～4 次。睡前涂入金霉素或红霉素、环丙沙星眼药膏。急性泪囊炎经医生诊断后口服或肌肉注射抗生素。

2. 手术：对大量的结膜乳头及滤泡作滤泡挤压和乳头摩擦术，可促进抗生素的吸收及组织结瘢。内翻倒睫、泪囊炎分别作内翻矫正和泪囊摘除，防止引起其他严重并发症。

［**预防**］

沙眼是接触性传染眼病，病程缓慢漫长，有些并发症可引起严重

的视力障碍。该病在全世界范围内流传,应以预防为主。洗浴用具应分用,不用脏手或不洁手帕擦眼。

春季卡他性结膜炎

这是一种变态反应性结膜炎,生活环境中的许多物质都可能是致敏原,花粉是最主要的致敏原,还有粉尘、化学颗粒等等。儿童期容易发病,随着年龄增长病情可渐渐缓解。春末、夏季、秋初症状明显,冬天缓解。

[**临床症状**]

1. 奇痒:眼痒是突出的特点,常用手揉眼也难以解痒,病人十分痛苦,羞明、阳光下睁不开眼。眼眦呈细丝状。

2. 睑结膜巨大乳头增生,常见于上睑结膜,有大而扁平的乳头,呈铺路石或鱼鳞状,重症者呈桑椹状。

3. 角膜缘胶样浸润,球结膜色调暗淡呈淡黄色,角膜与巩膜交界处可见灰色隆起,或为环状隆起,或不同部位隆起参差不齐,或限局性隆起。

[**治疗**]

1. 对症治疗:色甘酸钠溶液或色巯丙钠溶液滴眼,每日 3~4 次。氯霉素溶液 5 毫升加入地塞米松注射液 2 毫克,对减轻痒的症状效果良好,但不能根除病因。长期应用有发生激素性青光眼的危险。这种青光眼比较隐蔽,临床上容易漏诊,有的发展到青光眼晚期才被发现。因此局部滴含激素药物时,应定期请医生测量眼压,预防青光眼的发生。硫酸锌溶液 5 毫升加入 1:1000 肾上腺素注射液 0.5 毫升,滴眼可以减轻眼球充血,但效果不持久。

2. 抗过敏治疗:有人主张口服阿司匹林 250 毫克、消炎痛 25 毫克,每日 3 次,3 周为一疗程,可能减轻症状。

3. 手术治疗:睑结膜乳头增生严重者,可将病变结膜切除,或冷冻,但不能防止复发。

该病目前尚没有根除办法。

[**预防**]

春季卡他性结膜炎发病原因还不完全清楚,常见一家人中只有一人发病,他人不感染。目前尚没有预防发病和阻止复发的措施。

角膜炎

角膜是光线进入眼内的门户，保持角膜透明是维护良好视力的重要条件之一。而角膜又位于眼球最前方，直接暴露在外，容易受到损伤。角膜上皮是防止微生物侵入的屏障。而轻微的损伤如角膜异物、芒刺扎伤等均可造成角膜上皮的剥脱，打开了微生物入侵之门。角膜结构非常精细，任何病变破坏了角膜组织的排列都能造成角膜的混浊，阻挡光线进入眼内，使视力受损。角膜有丰富的感觉神经末梢，角膜异物及炎症，都有明显的疼痛、羞明及眼睑痉挛(俗称睁不开眼)。角膜没有血管，它的营养由与巩膜交界处的血管网和前房水供给，角膜中央部营养较差，容易发生炎症性穿孔，造成严重后果。角膜炎症是角膜及眼科最常见的眼病之一，也是主要的致盲性眼病之一。

［**临床症状**］

1. 有眼外伤史，如扎伤、角膜异物，戴角膜接触镜未遵照护理要求等。

2. 眼痛、流泪、羞明，视力不同程度减退。

3. 眼球充血，角膜有灰白色浸润点，大小及形状多样化。起病早期隆起，如未及时治疗，炎症进展时会形成溃疡，病变区凹陷，有时出现前房积脓。病情严重者发生角膜穿孔，眼内容物流出，疼痛暂时缓解。

［**治疗**］

1. 清除感染灶及刺激源，如有慢性泪囊炎应立即摘除；倒睫应立即拔除；角膜结膜异物应清除；角膜接触镜暂时停止配戴。

2. 抗生素应用：细菌、真菌、病毒都是角膜炎的致病菌，各有不同的临床特点，必要时通过病灶组织的涂片、微生物培养可以作出准确的微生物学诊断及抗生素敏感试验，作为选择高效抗生素的依据。常用的抗生素有利福平、庆大霉素、环丙沙星、卡那霉素、疱疹净、吗啉双胍等溶液，及金霉素、四环素、红霉素、无环鸟苷等眼药膏。依病情选用。

3. 并发症治疗：角膜炎最常见的并发症是虹膜睫状体炎、青光眼、眼内感染，应进行相应治疗。

4. 热敷：热水熏蒸、腊疗，可以止痛，促进炎症吸收。

［预防与护理］

1. 对病人的护理应注意以下几点：

(1)居室通风，光线柔和。

(2)静卧休息，不作目力工作。

(3)饮食富有维生素及营养。

(4)请专人滴眼药。

2. 预防：

(1)讲究个人卫生、不用不洁手帕擦眼。

(2)预防异物进入眼内，发生角膜异物不要自行处理，应去医院取出异物，并作预防感染的处理。配戴角膜接触镜者，应严格遵守护理原则，若出现磨痛，立即取出接触镜，去医院作进一步检查。

角膜炎是眼科重症，怀疑有角膜炎症时，要及时去眼科检查治疗，不要自行购药治疗，以防延误治疗的时机。不恰当的治疗还会造成诊断及微生物检查的困难。

青光眼

由于眼内压升高，影响角膜正常代谢，角膜水肿，透明度减低，状如有哈气的玻璃，呈青灰色外观，传统叫做青光眼。眼内压力长期升高，压迫眼内组织，特别是视神经，造成萎缩，使视野缩小，视力下降甚至失明，是主要致盲原因之一。青光眼有遗传倾向。主要分为闭角性和开角性两大类，它们的表现特点及治疗原则不完全相同。

(一)闭角性青光眼

顾名思义由于前房角突然关闭，阻塞了位于房角内的房水排泄系统，房水外流的阻力增加，引起眼压升高。闭角性青光眼有特定的易感人群：40 岁以上，远视眼。这种人眼球较小，眼内组织拥挤，房水排泄系统容易阻塞。女性比男性发病率高。起病前多有诱发因素，如疲劳、情绪激动、天气突变等。常在傍晚发作，光线暗，瞳孔散大、房角关闭、眼压升高。如果房角突然完全关闭，则引起青光眼急性发作。部分房角关闭引起小发作，又叫青光眼前驱期。房角关闭经过一个漫长过程，则为慢性闭角性青光眼，它们的表现各有特点。

［临床症状］

1. 青光眼前驱期：劳累或生气后，傍晚看白炽灯光，有一彩色晕仑环绕，叫虹视现象，是角膜上皮水泡对光线折射形成的。视力轻度下降。可单眼或双眼发病，病眼轻度胀痛，或鼻根酸痛，头痛不严重。经过一夜充分休息，睡眠时瞳孔缩小，房角自动开放，次日症状完全缓解。这种发作往往不能引起病人重视而及时就医。以后发作越来越频繁，每次发作的时间越来越长。

2. 青光眼急性发作：

(1)曾有过前驱期症，或突然急性发作：剧烈的头痛，恶心呕吐，少数病人发烧、腹泻。这些症状的病人往往认为是内科或神经科病，一些经验不足的非眼科医生也偶有漏诊或误诊。

(2)视力急剧下降，甚至伸手不见五指。

(3)眼睑痉挛、羞明、流泪、撑开眼睑可见眼球充血，角膜呈雾状，透明度减退，瞳孔散大，对光反应消失——光线照射时瞳孔不会收缩。

(4)令病人向下看，并用双手的食指在眼睑外触摸眼球，感到眼球发硬，正常眼触摸有波动感。测量眼压往往高达5.53～6.67千帕以上。正常眼压在2.69千帕以下。

(5)房角镜检查可见房角关闭。

(二)慢性闭角性青光眼

由反复发作后进入慢性期，或从无发作史。没有明显的全身症状如头痛、恶心及局部症状，如眼胀、眼痛，检查时眼球充血不明显，角膜水肿轻微或基本透明。有过青光眼发作史者瞳孔往往不圆，瞳孔散大，虹膜色素脱失。测量眼压升高，往往在4千帕以上。房角镜检查证实房角关闭。眼底检查视神经呈现青光眼性萎缩特点，视野收缩。

［**治疗**］

初次发病，怀疑为青光眼者应立即去眼科检查，明确诊断，及时治疗。对于复发的青光眼，如果家中已没有抗青光眼药物，也不能延误时机，特别是青光眼容易在冬季傍晚或深夜发作，应克服一切困难马上去医院积极接受治疗。有的急性充血性青光眼，在发病的24小时内完全失明，叫电击性青光眼。眼压持续升高的时间越长，对眼内组织损伤越大，使眼压下降也越困难。

1. 局部用药：①1%～2%毛果云香碱溶液滴眼，使瞳孔缩小，房

2. 检查眼压在3.44千帕以上。

3. 前房角镜检查房角开放。

4. 视神经有青光眼性的萎缩。

5. 视野呈青光眼性缺损。

［治疗］

1. 药物治疗：开角性青光眼早期以药物治疗为主，常用的药物为0.5%塞吗心安，倍他心安，每日1～2次。眼压控制不满意时，加服乙酰唑胺250毫克，每日1～3次依病情而定。

2. 激光治疗：当局部滴药眼压控制不满意时，可接受激光治疗后减少房水排泄系统的阻力。

3. 手术治疗：局部药物及激光治疗，眼压仍高于正常，或视神经萎缩及视野收缩继续恶化者，应进行手术治疗，建立新的房水排泄系统。

［预防］

开角性青光眼没有典型的表现，症状轻微，常不能引起人们的重视，很难早期发现早期诊断。凡经常出现视力疲劳、眼周胀痛者，都应进行眼睛的常规检查，以排除开角性青光眼的可能。有青光眼家史者，应定期进行追踪观察。

白内障

透明又具有弹性的晶状体有着复杂的代谢过程，它没有血管，营养主要通过与房水的交换获得。随着年龄的增长，晶体纤维老化混浊，老年性白内障发病率很高，50～60岁人群中老年性白内障发病率约60%～70%，70岁以上约80%左右。一些药物如长期服用激素、氯丙嗪等、大剂量X线电磁波照射、电击等许多因素都能造成晶状体混浊。混浊的晶体阻挡光线进入眼内，视力下降，严重者伸手不见五指，仅有光的感觉，白内障是致盲的最主要的原因。

［临床症状］

1. 视力下降，没有任何不适感觉。除外伤性和糖尿病性白内障发展较快外，其他各种原因白内障病程缓慢、视力渐渐减退。

2. 早期白内障，只有散大瞳孔用特殊仪器裂隙灯检查才能发现。晶体大部分混浊时，瞳孔区呈灰色反光，晶状体完全混浊为白内障成

熟期，瞳孔区为白色反光。可单眼或双眼发病。从初起期白内障到成熟期白内障所需时间因人而异，常见为数年，也有长达十数年或数十年者，也有的晶状体终生透明。

3. 并发症。闭角性青光眼及闭角青光眼易感人群中，晶状体的混浊肿胀使眼前部组织拥挤，房水排泄系统阻力增加甚至关闭，导致眼压持续性升高，加重青光眼或者引起青光眼发作。青光眼是老年性白内障最常见的并发症。

［治疗］

1. 药物治疗：初起期白内障可选用白内停、消白灵、法可灵、视明露、谷胱甘肽、珍珠明目液等滴眼，每日 3～4 次。口服障眼明。食用新鲜蔬菜和水果。对这些药物的疗效目前尚缺乏科学的客观评判方法。

2. 手术治疗：目前手术治疗是恢复视力的惟一方法。随着高科技的飞速发展，手术显微镜显微手术器械、人工晶体技术的应用，使白内障摘除及视力重建的疗效日趋完善，极大地改善了白内障病人的生活工作质量。

(1)手术时期：直到本世纪 70 年代前，一直存在着传统的白内障摘除术并发症多，术后视力恢复困难，手术时期需等待白内障发展成熟等问题。若双眼同时发病，则需经过漫长的视力严重障碍时期。

手术显微镜的应用减少了手术并发症，提高了手术成功率，人工晶体的植入使术后视力立即恢复，由此手术时期大大提前。设备精良的医院，可为视力在 0.4 以下的白内障病人作白内障摘除及人工晶体植入手术。一般视力降至 0.1 左右即可手术治疗。

(2)术后视力恢复：如显微手术设备齐全，白内障病人没有眼睛局部或全身性手术禁忌症，都能在摘除白内障的同时，植入人工晶体，术后视力立即恢复正常。若因眼睛局部或全身性因素不能接受人工晶体植入者，双眼白内障摘除术后 3～6 个月方可配戴无晶体眼镜。一眼视力良好，一眼摘除白内障则不能接受无晶体眼镜，因为无晶体眼镜是凸透镜，具有放大作用，戴镜后两眼物像大小不一样，不能融合，发生视物干扰现象。术后配戴角膜接触镜可克服物像放大、视物干扰现象。

(3)术后后发障的治疗：现代白内障摘除术为了支撑植入的人工晶体，保留晶状体的后囊。术后后囊容易发生混浊，使术后视力下

降。用 YAG 激光后囊切除术清除视路上混浊的后囊，视力可以改善。

［预防］

老年性白内障是晶状体老化的自然过程，尚没有有效的预防方法。但从热带地区和室外工作者发病率高这一现象，及科学家们的实验研究证明，阳光中的射线在白内障的形成过程中有着重要作用。因此长期从事室外工作者，戴能滤过射线的眼镜对晶状体具有保护作用。中老年人食用新鲜蔬菜和水果，有益于维持晶状体的正常代谢，而维持其透明特性，同时应避免各种形式的眼外伤，以防损伤晶状体。

急性中耳炎

急性中耳炎为中耳粘膜的急性炎症，它是耳鼻喉科常见多发病，是引起耳聋的主要原因之一。急性中耳炎多发生于儿童，且冬春季节多见。根据临床和病理学特点，将急性中耳炎分为：分泌性（或称非化脓性）及化脓性两类。分泌性中耳炎以中耳积液为特点，临床主要表现为听力减退；化脓性中耳炎则表现为发热、畏寒、耳痛、耳流脓等，全身症状在小儿更为明显。

［临床症状］

1. 病人多为儿童，春冬季好发病。

2. 感冒后发现听力减退、小儿显示对声音的反应迟钝。

3. 感冒后有发热、畏寒、耳痛、哭闹不安，患耳流脓后全身症状减轻。

4. 耳科检查：分泌性中耳炎可见鼓膜完整、充血、标志清晰，有时可见液平面，声阻抗测听鼓室压曲线为 B 或 C 型。化脓性中耳炎可见外耳道有多量粘脓，可混有血色，鼓膜红肿和中心穿孔，有搏动性流脓。

5. 分泌性中耳炎还可作穿刺，抽出液体即可确诊。

［治疗］

1. 抗生素的应用：急性中耳炎主要致病菌为革兰氏阳性球菌或流感嗜血杆菌，故一般选用青霉素或头孢菌素类药物有效。药物使用至流脓停止后 5～7 日，以求彻底，故一般用药时间为 10～14 天。

早期取外耳道脓液作培养及敏感试验，若治疗效果不好，可根据此结果改用适宜的抗生素。

2. 局部用药：先用3%双氧水彻底清洁外耳道的脓液，再用抗生素溶液滴耳。抗生素溶液常用氯霉素、金霉素和复方新霉素等，局部用药直至流脓停止。

3. 促进咽鼓管的引流，可用1%麻黄素溶液或复方麻黄素溶液滴鼻或喷鼻。

4. 手术治疗：

(1)鼓膜穿刺术：分泌性中耳炎经保守的抗生素及滴鼻药治疗未愈者，穿刺部位宜在鼓膜紧张部的前下或后下象限。

(2)鼓膜置管术：经鼓膜多次穿刺不愈者或已形成慢性的分泌性中耳炎者。

(3)鼓膜切开术：急性化脓性中耳炎，全身症状严重，鼓膜未穿孔或虽已穿孔，但穿孔小而引流不畅时。

(4)乳突凿开术：急性化脓性中耳炎发展为乳突炎，用以上疗法效果不好，且有发生并发症可能时，应行乳突凿开术。

[预防与保健]

1. 预防上呼吸道感染：包括合理的饮食，加强营养，增强体质；冬季注意屋内通风，适当的户外活动；随气温变化增减衣服。

2. 儿童的急性中耳炎常与鼻部及咽部的慢性疾病有关，如腺样体肥大，慢性扁桃体炎、慢性鼻炎及鼻窦炎等，应积极治疗，必要时手术切除腺样体及扁桃体。

3. 急性化脓性中耳炎经治疗后常遗留鼓膜穿孔，此时应特别注意防止复发，一是预防上呼吸道感染；二是避免耳内进水，在洗脸、洗澡时要特别小心，一旦进水，就会引起急性化脓性中耳炎复发，为此，可用一较大棉球，外面涂上凡士林，堵塞患耳，洗澡后再取出。一般小的穿孔多数都能长好。

慢性化脓性中耳炎

慢性化脓性中耳炎俗称耳底子，是中耳粘膜、骨膜或骨质的慢性化脓性炎症，常合并慢性乳突炎。临床症状为耳流脓、鼓膜穿孔和听力下降。慢性化脓性中耳炎是一种常见病，根据临床和病理变化，一

般将它分为三型：①单纯型：最多见，表现为间歇性流脓，多为粘液或粘液脓，无臭味，鼓膜紧张部中央穿孔，乳突X线片显示无骨质破坏。②骨疡型：有骨质坏死及肉芽形成，表现为持续性流粘稠脓液，有臭味，并常有出血或混有血丝，鼓膜显紧张部大穿孔或边缘性穿孔，鼓室内有肉芽或息肉生长，乳突X线片显示有骨质破坏。③胆脂瘤型：由于引流不好，鼓室内有大量上皮堆积，感染形成胆固醇结晶，并引起周围骨质破坏。表现为长期持续性流脓，脓粘稠，有奇臭，鼓膜为松弛部穿孔或紧张部后上边缘穿孔，穿孔内有脱落上皮及臭脓，有时穿孔被痂皮遮盖，去除痂皮即可看清穿孔。乳突X线片显示有骨质破坏。骨疡型和胆脂瘤型可引起颅内、外并发症，如面神经麻痹、迷路炎、脓肿的扩散、脑膜炎、脑脓肿等，严重病例可危及生命。

[**临床症状**]

1. 有耳流脓史，要追问是间歇性流脓还是持续性流脓。脓的性质，有无臭味及血丝相混。

2. 听力下降，有的可伴有耳鸣。

3. 鼓膜有穿孔，要注意穿孔的部位、大小，有无肉芽及息肉、有无脱落上皮，脓是否有臭味。

4. 乳突X线检查：有慢性乳突炎或骨质破坏。

5. 诊断时不仅判断有无慢性化脓性中耳炎，还要诊断属哪一型。

[**治疗**]

1. 单纯型：采用保守疗法：急性发作期，可口服抗生素，局部先用3%双氧水清洗，拭净后滴抗生素溶液或吹用消炎粉剂。流脓停止，完全干耳后，要注意防止急性发作。有的穿孔在干耳后一段时间可自愈。

长时期不愈的穿孔，可择期作鼓膜修补术或鼓室成形术。

2. 骨疡型：

(1)保守疗法：适用于引流较通畅的病例，可先刮除肉芽或摘除息肉，而后再局部用药。用药方法同单纯型，治疗干耳后，也可择期作鼓膜修补或鼓室成形手术。

(2)手术治疗：适用于引流不畅者，经保守方法失败者以及可疑有并发症的病例，需作乳突切除(根治)术。

3. 胆脂瘤型：一旦确诊应及早行乳突手术。手术中应彻底清除病变组织，尽可能保留健康组织，以便重建听力。

［预防与保健］

1. 防止患急性化脓性中耳炎，得急性中耳炎时，应及时、彻底治疗，以免形成慢性。

2. 单纯型慢性化脓性中耳炎防止急性发作，应注意两点：一是洗脸、洗澡时要防止耳内进水。二是要尽可能避免得上呼吸道感染，上感时常常引起急性发作。在保持干耳3个月后，再进行鼓膜修补或鼓室成形术。

3. 慢性化脓性中耳炎病人，应到医院去检查，看是否属于骨疡型或胆脂瘤型，并进行正确的及时治疗，以防止严重并发症的发生。

4. 因慢性化脓性中耳炎作过手术治疗的病人，对患耳要倍加保护，为防止进水，每天用70%的酒精或4%的硼酸酒精清耳1～2次，定期到医院复查等，如发现有异常情况，如疼痛、流脓等及时去医院检查。

感音神经性耳聋

感音神经性耳聋是由于听觉末梢器官——耳蜗及听神经的病变而引起的耳聋，平时又称为神经性耳聋，是一种常见病，可发生于单耳，也可为双侧耳聋。感音神经性耳聋分为两大类，一为先天性耳聋，其中与染色体遗传有关的称遗传性聋，而因母亲妊娠早期患某些感染或传染病，或因分娩损伤引起的耳聋为非遗传性聋。另一类为后天性耳聋，根据致聋的原因又分为：①老年性聋，为人体听觉器官老年性退化所致；②传染病源性聋，由各种急、慢性传染病而引起，或并发的神经性聋；③全身疾病引起的耳聋：如高血压动脉硬化、肾病、糖尿病、甲状腺功能低下、血液病等引起的耳聋；④药物中毒性聋，常见为滥用抗生素药物的致聋；⑤创伤性聋，由脑外伤、颞骨骨折、爆炸以及其他物理因素引起内耳损伤；⑥突发性耳聋，常不易找出原因的突然耳聋；⑦自身免疫性聋等。

［临床症状］

1. 发现听力下降，小儿是否有耳聋有时很难发现，成人的轻度耳聋因不影响交流也不易发觉，因而对可疑有耳聋者应作进一步检查。

2. 耳聋病人患者常有耳鸣。

3. 耳科检查双耳皮膜正常。

4. 听力学检查：成人可作纯音听力检查，儿童可作脑干电反应测听而初步确诊。

［治疗］

1. 病因治疗：要尽快找出造成耳聋的原因，如为药物致聋，要立即停止用药，对传染病、高血压病的控制、全身疾病等要及时治疗。

2. 血管扩张药：常用的有盐酸罂粟碱、川芎嗪、654—2、阿托品等静脉点滴，或口服地巴唑、菸酸等。

3. 神经营养、能量制剂：可用维生素 B_1、B_6、B_{12}、三磷酸腺苷、辅酶 A、细胞色素 C 等。

4. 激素治疗：利用类固醇药物的消炎、消肿作用，对早期病例作短时期的激素治疗，可能有一定的效果。

5. 高压氧的治疗：改善内耳缺氧状态，对某些突聋有效。

6. 反博治疗：特别是在吸氧的情况下作反博治疗，据报道有一定效果。

7. 助听器的配戴：需经耳鼻喉科医生或听力学家检查后配戴使用。

由于感音神经性耳聋的原因、病变和病情是多种多样的，以上治疗不可能适合于所有的神经性耳聋，必须选择适当方才有效。

［预防与保健］

1. 孕妇妊娠早期应注意保健，避免各种病毒的感染和严重细菌感染，避免使用耳毒性药物，以免影响胎儿的听觉器官。

2. 在社会上开展对流行性传染病的宣传和教育，防止严重损害听力的传染病流行。

3. 开展全民健身运动，增强体质，增强抗病能力。

4. 及时发现耳聋，早期治疗。成人的耳聋常可在平时生活中偶然发现，而小儿耳聋的判断比较困难。儿童听力在以下两个阶段容易发现，一是 1~2.5 岁之间，此时小孩开始学说话，如不会说话，就应引起家长注意。二是 6~7 岁时进入小学，听力不好影响学习成绩而引起老师和家长的注意。实际上家长可通过以下方法检测孩子的听力：3 个月时，孩子听到突然响声可出现眨眼。6 个月听到声音，头可转向声源，哭闹时听到音乐会停止哭闹。9 个月开始咿咿呀呀学说话，1 岁时会清楚说几个字。1~2 岁能听懂叫自己的名字，粗略认识某些动物。孩子的听力发育可有早晚的差异，若发现有问题，可送到

医院去检查。

5. 防止滥用抗生素：滥用抗生素，是引起感音神经性耳聋的主要原因之一，特别是耳毒性药物的使用应引起充分的注意。现已发现耳毒性药物达100余种，常见的有链霉素、卡那霉素、庆大霉素及新霉素等，另外水杨酸类止痛药，奎宁等的抗疟药，某些抗癌药，利尿剂等都有耳毒作用，必须使用这类药时，要密切观察听力变化。

6. 防止噪音的损伤。

7. 3～6个月复查听力一次，看病情是否有发展和变化。

美尼尔病

美尼尔病为不明原因引起的内耳膜迷路积水，临床上以发作性眩晕、波动性耳聋、耳鸣或耳内胀满为主要症状的疾病。本病多见于青壮年，近些年来发病率有增高，多数为单耳发病。由于发病突然、症状明显且伴有恶心、呕吐、面色苍白、出冷汗、血压下降等植物神经系统紊乱的表现，病人表现出病情严重，而家属则非常紧张。

［**临床症状**］

1. 青壮年病人多见。

2. 突然发作眩晕，病人觉自身或周围物体有旋转或晃动，常伴有恶心、呕吐、面色苍白及出冷汗，时间短暂，可自行缓解。以后眩晕可反复发作，发作时检查有眼震。

3. 眩晕前后多伴有耳鸣，为单侧性。在眩晕消失后，耳鸣可减轻或消失。

4. 波动性耳聋，即发作时重，间歇期好转，但长时期多次反复发作后，可出现感觉神经性耳聋。

5. 前庭功能检查：发作期可见水平或水平加旋转的眼震，平衡功能多有紊乱、间歇期前庭功能正常，多次发作后患耳前庭功能减退。

6. 甘油试验多为阳性。

7. 有时需排除神经科、眼科及内科的某些疾病，才能得到确诊。

［**治疗**］

1. 一般治疗：发作期应卧床休息，摄入高蛋白、高维生素、低脂肪、低盐饮食。症状缓解后应逐渐下床活动，要避免长期卧床。

2. 药物治疗：

(1)口服镇静剂:如安定、乘晕宁等,可减轻症状。有呕吐时可用对抗呕吐药物。

(2)血管扩张药:常用盐酸罂粟碱、川芎嗪、阿托品、654－2等静脉点滴;地巴唑、脑益嗪等口服。

3. 手术治疗:

(1)内淋巴囊引流术,此法的效果有争议。

(2)迷路破坏术。

(3)前庭神经切断术。

手术治疗适用于眩晕发作频繁而剧烈,保守疗法无效且听力丧失严重的病例。

[**预防与保健**]

1. 预防:由于美尼尔氏病的病因和发病机制不明,对它的预防应注意以下几点:

(1)避免精神的过度紧张和情绪的波动:由于精神和情绪的改变,可影响植物神经系统功能和产生血管痉挛,而诱发迷路积水。

(2)生活有规律,避免过劳;生活有节制,避免烟酒过度;饮食力求清淡、低盐。

(3)某些内科疾病可能与美尼尔氏病有关,应作治疗:如变态反应性疾病、糖尿病、甲状腺功能低下、高血压、动脉硬化等。

2. 美尼尔病的保健:

(1)尽量做到预防发作的上述3条。

(2)对长时间频繁发作的病例,要耐心解释,消除顾虑,必要时可由心理医生治疗。

(3)发作期应加强护理,避免跌倒和摔伤等。

鼻前庭炎

鼻前庭炎是鼻前庭皮肤的弥漫性炎症。分急、慢性两种,多为两侧,可经久不愈或反复发作。

病因:(1)多由鼻腔分泌物刺激所致,常见于急、慢性鼻炎,鼻窦炎及鼻腔异物等;(2)长期在粉尘环境中工作,如水泥、石棉、皮毛、面粉、烟草等;不良的挖鼻习惯等易诱发或加重本病。

[**症状表现**]

(1)急性期，鼻前部疼痛较剧。检查可见鼻前庭及其附近上唇皮肤有弥漫性红肿糜烂，有时可见少数病人在糜烂面有血水样渗出。红色丘疹、水疱，搔痒甚剧。搔抓后糜烂、渗液、橘黄色痂皮。(2)慢性期，鼻内发痒、灼热感、发干、异物感。鼻毛因脱落而稀少，鼻前庭皮肤增厚，有痂皮或皲裂，鼻孔常为痂皮堵塞，影响呼吸，合并感染时，则有脓性分泌物附着。

［治疗］

(1)急性期：作湿热敷或局部照射红外线，(2)慢性期：有痂皮形成者可用3%过氧化氢溶液清除痂皮或脓液，再涂以2%黄降汞软膏或抗生素软膏如红霉素软膏等。渗出物较多者，可用5%氧化锌软膏涂擦。(3)皮肤糜烂和皲裂处涂以10%硝酸银，然后涂以抗生素软膏少许，每日2～3次。

［家庭护理］

1. 避免不良的挖鼻习惯。

2. 改善工作环境的卫生条件，在粉尘较多的环境下最好戴口罩或局部皮肤涂油脂保护。

3. 治愈鼻腔疾病，消除鼻腔分泌物的刺激。

4. 避免接触刺激性气体。

5. 少吃刺激性食物。

鼻 疖

鼻疖是指鼻前庭处的毛囊、皮脂腺或汗腺的局限性急性化脓性炎症。多为单侧性。鼻疖有时也可发生于鼻尖和鼻翼处。

病因：(1)多因挖鼻、拔鼻毛等损伤鼻前庭皮肤，金黄色葡萄球菌乘机侵入毛囊、皮脂腺和汗腺，以致发生化脓性感染。(2)慢性鼻前庭炎继发感染。(3)糖尿病病人及一般抵抗力低下者继发感染。

［症状表现］

局部有肿痛、灼痛、跳痛、红肿外，可伴有低热和全身不适。检查时可见一侧鼻前庭内有血状隆起，周围皮肤浸润发红、发硬；疖肿形成期，疼痛剧烈，以跳痛为主；成熟后，隆起顶部出现黄色脓点，溃破则流出脓液，有时排出黄绿色脓栓，疖肿有时可多发。严重病例可引起上唇及颊部蜂窝织炎，表现为同侧上唇、面部、下睑等处肿胀疼痛，

并出现明显的全身症状，如畏寒、发热、头痛、关节酸痛，全身不适等。

［治疗］

(1)疖未成熟者，局部热敷，每日数次。可用氦一氖激光局部照射，促进疖肿消肿、消失并可止痛。亦可用超短波、透热疗法。或患处敷以10％鱼石脂甘油棉栓或软膏，使其穿破。同时全身应用足量的磺胺类药物、奎诺酮类药物或青霉素类抗菌药物。疼痛剧烈者可服用镇痛剂或镇静剂。亦可服中药如五味消毒饮煎服。(2)疖已成熟者可待其自行穿破，或用消毒后的刀类将脓头挑破，小钳子钳出脓栓。切开时不可伤及周围浸润部，且忌挤压。(3)疖破后，局部消毒，以利引流。

［家庭护理］

1. 适当注意休息，多饮水，进易消化食物。

2. 切忌挤压疖肿，以免引起颅内并发症。

3. 对有较重全身症状者立即就诊，并应用大剂量广谱抗生素等药物治疗。

4. 对慢性病例和屡次发作者，应就医排除糖尿病的可能。并加强锻炼和加强营养，提高机体抵抗力。

5. 戒除挖鼻等不良习惯。治愈鼻腔疾病。

酒渣鼻

酒渣鼻是发生在外鼻的慢性皮肤损害，常伴有鼻炎及鼻翼痤疮，皮肤充血、高低不平，有时可累及面部，类似酒渣附着。病人中男性多于女性。

病因：尚未完全明了，可能为(1)嗜酒及喜食辛辣刺激性食物；(2)胃肠功能紊乱(如消化不良，习惯性便秘等)；(3)长期使用化学制剂的化妆品；(4)心血管疾患，内分泌障碍等；(5)有毛囊蠕形螨寄生等。

［症状表现］

自觉鼻部发痒，有灼热感，皮肤发红，继发感染时可有疼痛，且油脂样分泌物多。情绪激动、饮酒后、或进辛辣食物后及气候转冷时症状加重。检查可见鼻部皮肤潮红，表面发亮且不平，有散在痤疮；皮肤增厚外观呈桔皮样，严重者表面有分叶状突起，为鼻赘。

［治疗］

(1)局部治疗：患处使用硫磺洗剂或硫磺霜等涂抹。常用药物有5%～10%硫磺软膏、5%过氧化二苯甲酰、古氏洗剂等。每次涂药前用温开水洗净患处，涂药后用手指按摩15分钟，每日早晚各一次。对于鼻赘形成者，可在局部麻醉下用CO_2激光行鼻赘切割和气化。(2)口服药物治疗：维生素B_1，B_2，B_6，每次各10毫克，每日3次。氯喹0.25克，每日2次，连服4～6周。合并感染者给予抗生素治疗。毛囊蠕形螨虫致病者给予灭滴灵0.2克，每日2次。维生素E100毫克，每日1次。

［家庭护理］

1. 戒除烟酒，少吃或尽量不吃辛辣刺激性食物。

2. 局部少用或不用化学制剂的化妆品，减少皮肤刺激甚为重要。

3. 多吃蔬菜水果，保持大便通畅。

4. 积极治疗胃肠、心血管、内分泌等内科疾病。

5. 对有鼻腔疾病者须予治疗。

萎缩性鼻炎

萎缩性鼻炎又称臭鼻症，青年女性发病率较高。本病在经济发达国家日益少见，在发展中国家发病率仍较高，特别在贫困山区更为多见。

病因：可能与内分泌紊乱，植物神经失调、细菌（臭鼻杆菌、类白喉杆菌等）感染、营养不良（维生素A、B、C、D、E缺乏）、遗传因素等有关。亦可由鼻腔疾病引起，如慢性鼻窦炎脓性分泌物的长期刺激；高浓度工业粉尘，有害气体的长期刺激；鼻腔手术引起粘膜广泛性损伤；鼻腔特殊感染（结核、梅毒、麻风）等。

［症状表现］

(1)鼻和咽部干燥感，鼻腔粘膜腺体萎缩，粘液腺分泌减少，病人常感鼻腔、鼻咽和咽干燥。(2)鼻塞：大量痂块堵塞鼻腔，鼻呼吸受阻，或因鼻腔神经感觉迟钝，虽有空气通过鼻腔但不易觉察而误觉鼻塞。(3)鼻衄：鼻腔粘膜干燥、糜烂，易致毛细胞血管破裂出血；或挖鼻或用力擤出干痂时，亦可损伤粘膜而出血。(4)恶臭：较重病变者，因大量脓痂中的蛋白质腐败分解，产生恶臭，又称为臭鼻症。(5)部

分病人尚有头昏、头痛、记忆力减退、嗅觉障碍等。

检查可见鼻前庭皮肤干燥、糜烂、鼻毛稀少或脱落，粘膜干燥，鼻甲缩小，鼻腔宽大，有大块灰色脓痂充塞。重者可见鼻中隔穿孔，鼻梁宽平下塌，鼻翼后缩上翘，鼻孔朝上等。

［治疗］

(1)局部保守治疗：鼻腔滴入润滑性或刺激性滴鼻剂，如复方薄荷樟脑石蜡油，清鱼肝油等，促进鼻腔充血肿胀，改善血液循环，减少鼻内干燥和臭味，并可使鼻腔痂皮软化，易于擤出。2.5%～5%链霉素液滴鼻，能抑制杆菌生长，减少炎性糜烂，利于上皮生长。1%新斯的明滴鼻，可扩张粘膜血管，促进腺体分泌。(2)全身治疗：每日维生素A肌注5～10万单位/日，或口服鱼肝油丸，每次2粒，每日3次，有保护粘膜上皮，增强结缔组织抗感染的能力。维生素B_2口服10～15毫克，每日3次，可促进组织细胞代谢。菸酸口服50～100毫克，每日3次，有扩张血管，改善鼻粘膜血液循环之功效。铁剂也有治疗本病的作用，可口服硫酸亚铁丸0.3克，每日3次，饭后服用。(3)手术治疗：其主要目的是减少鼻腔通气量，降低水分蒸发，减轻粘膜干燥与干痂形成。手术方法有：鼻腔外侧壁内移加固定术有一定的治疗效果；亦可在鼻腔底部粘膜下置入羟基磷灰石颗粒达到治疗目的。其他方法尚在研究中。

［家庭护理］

1. 鼻腔有脓痂者每日用无菌温热生理盐水冲洗鼻腔。即病人低头用鼻吸入，经口吐出，反复多次，即可洗净脓痂。

2. 家中自备蜂蜜，加水配成50%的液体，滴鼻，每日3次，有改善粘膜血循环，软化鼻腔痂皮的作用。

3. 定期到医院检查，动态观察病情变化。

4. 治疗鼻腔疾病，如慢性化脓性鼻窦炎、鼻中隔偏曲等。

5. 改善工作环境，避免高浓度粉尘及有害气体的长期刺激。

6. 积极治疗和预防鼻部特殊感染(结核、梅毒等)。

急性化脓性鼻窦炎

急性化脓性鼻窦炎是鼻窦粘膜的急性化脓性炎症，重者不仅累及鼻窦粘膜及骨壁，而且还可引起周围组织和邻近器官的并发症。

鼻窦炎的感染途径有三，主要为鼻源性，另外有邻近组织器官感染扩散以及血源性感染。全身抵抗力降低是重要诱因。

病因：(1)局部病因：A. 急性鼻窦炎或上感是急性鼻窦炎的常见病因。B. 鼻腔异物、鼻中隔偏曲阻塞窦口，影响鼻窦的通气引流；急性扁桃体炎、腺样体肥大、上颌第4～7牙齿感染或拔牙时，损伤上颌窦底；游泳或跳水时姿势不当将污水挤入鼻窦内等，皆可引起鼻窦感染。(2)全身因素：因过度疲劳、受凉受湿、营养不良、甲状腺功能低下、流感、麻疹等，均可引起抵抗力降低，诱发本病。

致病菌以化脓性球菌多见，如肺炎双球菌、溶血性链球菌、葡萄球菌等。其次为流感杆菌、变形杆菌、绿脓杆菌等。绝大多数为混合感染。牙源性感染多为厌氧菌。

[**症状表现**]

局部症状多为鼻塞持续性，系由于鼻粘膜肿胀和分泌物增多所致，还可引起暂时性嗅觉减退。多浓涕，有时涕中有少许血液，如为牙源性感染，病人常觉鼻涕臭。头痛是急性鼻窦炎的常见症状，各级鼻窦炎头痛各有特点，一般来说，前组鼻窦炎头痛多在额部及面部，后组鼻窦炎引起的头痛多位于头颅深部、颅底或枕部。

[**治疗**]

(1)鼻腔滴药，1%麻黄素生理盐水等血管收缩剂滴鼻，有利于改善鼻腔和鼻窦的通气引流。约3～5分钟后再滴入抗生素药液，如3%洁霉素、0.25%氯霉素等。(2)上颌窦穿刺冲洗，将窦内脓液冲出，并将庆大霉素、灭滴灵等药液冲入鼻窦。(3)额窦环钻术，并放置引流管，保持引流通畅，促进炎症消退。(4)酌情选用磺胺或青霉素类抗生素，控制感染，预防并发症。

[**家庭护理**]

1. 适当注意休息。

2. 多饮水，饮食宜清淡、易消化而富营养。

3. 避免刺激性食物，保持大、小便通畅。

4. 保持正确的滴鼻方法，即取仰卧垂头位，头稍偏向患侧，先滴入粘膜血管收缩剂，5分钟后，擤净鼻涕，再滴入抗菌药液作用5～10分钟。

5. 避免滴鼻液流向咽部。

6. 忌用力或不当的擤鼻。

7. 有牙痛者积极治疗牙痛。

8. 积极治疗急性鼻炎。

9. 积极锻炼身体，增强体质，预防感冒。

慢性化脓性鼻窦炎

慢性化脓性鼻窦炎是常见鼻病，较急性者多见，多继发于急性化脓性鼻窦炎之后，牙源性上颌窦炎可慢性起病。慢性化脓性鼻窦炎可单发于一个鼻窦，也可累及多个鼻窦。

病因：多因急性化脓性鼻窦炎治疗不及时、不彻底，或反复发作所致。其病因与急性化脓性鼻窦炎基本相同，变应性体质及粘膜免疫功能降低与本病密切相关。萎缩性鼻炎常伴有鼻窦炎。

[**症状表现**]

(1)全身症状轻重不等，常见精神不振、头昏、注意力不集中、记忆力减退等慢性中毒症状。(2)局部症状：A. 多脓涕，多为粘脓性或脓性，呈黄色或黄绿色。前组鼻窦炎脓涕常从前鼻孔擤出；后组鼻窦炎脓液流入鼻咽部，用力吸鼻时，方能从口中吐出。牙源性上颌窦炎时，脓涕常有臭味。B. 鼻塞，呈交替性或持续性，如有鼻息肉或中鼻甲息肉样变时，则呈持续性鼻塞。C. 头痛，表现为头部沉重感，闷痛或钝痛，常伴有鼻塞等症状，用1%麻黄素滴鼻后头痛可减轻；白天头痛重，夜间头痛轻。前组鼻窦炎多为前额部疼痛，后组鼻窦炎多为眶深部或枕部疼痛。D. 可伴有嗅觉减退或视力减退等。

[**治疗**]

(1)全身治疗：慢性鼻窦炎急性发作时，可选用适宜的抗生素及抗变态反应药物进行全身治疗。(2)局部治疗：A. 常用1%麻黄素生理盐水、呋喃西林麻黄素滴鼻剂等滴鼻，以改善鼻窦通气引流。滴入0.5%倍氯米松滴鼻液，或0.15%酮替芬滴鼻液，以减轻窦内粘膜肿胀，促进粘膜功能恢复。B. 上颌窦穿刺术，冲洗出窦腔内脓液，并注入抗菌药液(庆大霉素，洁霉素，灭滴灵等)。C. 手术治疗：常用中鼻甲切除，鼻息肉摘除，鼻中隔偏曲矫正等手术，以利通气引流。如治疗效果不明显，可考虑上颌窦鼻内开窗术、鼻额管扩大术及蝶窦口扩大术，以恢复鼻窦的通气引流；鼻窦清理术，可以清除鼻窦内不可逆的病变粘膜，并建立鼻窦与鼻腔间的引流通道。近年来，鼻窦内窥镜

技术不断发展，提高了鼻窦炎的诊断和治疗水平，可在内窥镜下行根治性的筛窦手术或全蝶筛窦切除术。

［家庭护理］

1. 适当注意休息。

2. 避免刺激性食物。

3. 手术后病人，未经医生允许不可饮酒、吸烟。短时间内勿剧烈运动及过度兴奋。

4. 养成正确的擤鼻方法，即擤鼻时要一侧一侧地擤。

5. 注意预防感冒和上呼吸道感染。

6. 定期门诊复查，及时处理和治疗相应病变。

慢性鼻炎

慢性鼻炎是一种极常见的鼻病，为鼻腔粘膜的慢性感染性疾病，表现为鼻腔粘膜的充血、肿胀、粘膜下腺体功能活跃、分泌增加，长时间的慢性炎症，可引起粘膜增生、肥厚，所有这些变化以下鼻甲病变最重。

慢性鼻炎的临床症状为鼻堵及流鼻涕，轻者鼻堵常为间歇性或交替性。通常为晚上睡觉时鼻堵明显，或躺下后交替性鼻堵塞，重症时鼻堵可为双侧持续性堵，由于鼻堵可引起口干、失眠、头痛等症状，慢性鼻炎的病人也流鼻涕，但鼻涕不多，常在早起时自鼻腔擤出粘液或粘液脓性鼻涕，或鼻涕向咽后流。

根据临床及病理变化，一般将慢性鼻炎分为单纯性慢性鼻炎，即比较轻的鼻炎及肥厚性鼻炎两种，肥厚性鼻炎多由单纯性鼻炎发展而来，两者常无明显界线。

［临床症状］

1. 有鼻堵或鼻堵引起的其他症状，如口干、头痛、失眠，病程较长持续2～3个月以上，或反复发作。

2. 鼻涕不多，为粘液性或粘液脓性；有时表现为有鼻涕不易擤出。

3. 鼻腔检查：单纯性鼻炎可见下鼻甲肥大、充血、表面光滑、鼻甲粘膜弹性好，用1%麻黄素液收缩良好。肥厚性鼻炎可见下鼻肥大、粘膜肥厚、表面光滑或呈结节状增厚，鼻甲粘膜弹性差（即用卷棉子

压迫鼻甲可出现一凹陷，恢复很慢），用1%麻黄素收缩粘膜反应差，收缩不好。鼻腔内可有少量粘液或粘液脓性分泌物。

4. 应除外鼻息肉、鼻腔及鼻咽部肿物的堵塞。

［治疗］

1. 病因治疗：

（1）治疗其他鼻部疾病，如慢性化脓性鼻窦炎、鼻中隔偏曲等，促进鼻腔的引流、通畅。

（2）治疗邻近病灶，如慢性扁桃体炎及腺样体肥大。

（3）去除职业和环境中粉尘、有害气体及其他物理、化学因素的长期刺激。

（4）经常锻炼身体，保持身体健康。

2. 鼻腔局部滴血管收缩剂或抗生素，如0.5%～1.0%麻黄素溶液、置换液（含麻黄素及氯霉素）、呋麻液（含麻黄素及呋喃西林）等，有改善通气引流和消炎的作用。

3. 每日用温生理盐水冲洗鼻腔1～2次，有利鼻炎恢复。

4. 肥厚性鼻炎可作下鼻甲的手术治疗：

（1）注射硬化剂：如80%的甘油或5%的鱼肝油酸钠：局麻后下鼻甲粘膜下每侧每次注射1毫升，7～10天重复1次，3次为一疗程。

（2）冷冻治疗。

（3）电灼下鼻甲粘膜，也可用微波治疗。

（4）下鼻甲部分切除术，可用剪刀或激光切除，切除要适度，切除太少，效果差；切除过多，有发生萎缩性鼻炎的可能。

［预防与保健］

1. 预防上呼吸道感染，遇有伤风或感冒应及时治疗，勿使其拖延成慢性鼻炎。

2. 治疗原有鼻子疾病，如鼻窦炎及中隔偏曲等，治疗邻近器官病灶。

3. 慢性鼻炎的发生与全身健康情况密切相关，许多内科慢性病如贫血、糖尿病、风湿病、心肝肾疾病，常引起鼻粘膜慢性充血、肿胀，烟酒过度者也易患慢性鼻炎，因而要有一个规律而健康的生活习惯，积极治疗各种慢性病。

4. 避免职业和环境中长时期的粉尘和有害气体、各种理化因素对鼻腔的刺激，加强这方面的保健措施。

5. 经常锻炼身体，预防呼吸道感染性疾病。

过敏性鼻炎

过敏性鼻炎又称变态反应性鼻炎，是常见病、多发病，而且其发病率有逐年增长的趋势。对于过敏体质的人，在接触致敏原时，体内产生抗体，在第二次接触致敏原时，在体内产生抗原抗体反应并产生介质(如组胺等)，介质刺激鼻腔粘膜而产生水肿、鼻堵、喷嚏、流清鼻涕等。临床上将一年四季都可犯病的称常年性过敏性鼻炎，可由于吸入空气中的灰尘、真菌、动物皮毛、羽毛、棉絮，食用牛奶、鸡蛋、鱼、虾，接触化妆品、化纤织品、染料、油漆等引起。发生于每年7～9月开花或枯草季节的称季节性过敏性鼻炎，因与吸入植物花粉有关，故又称花粉症。

过敏性鼻炎是一种全身性疾病。临床工作中的大量资料表明，有过敏性鼻炎的人伴有支气管喘息、荨麻疹、湿疹等过敏性疾病的比例很高，在过敏性鼻炎得到控制或治愈后，其他过敏性疾病也有好转；相反，长时期的过敏性鼻炎可以引起肥厚性鼻炎、鼻息肉、慢性鼻窦炎等，而且由于过敏性鼻炎的存在，这些病显得特别顽固，不易治愈。

[**临床症状**]

1. 有典型的发作症状：发作性喷嚏，每次少则几个，多则几十个；流大量清水鼻涕；鼻堵塞；鼻子发痒，有时外鼻、腭部、面部及双眼发痒。发作过后，一切正常。

2. 鼻腔粘膜苍白水肿，尤以下鼻甲显著，发作时间长者，鼻粘膜可呈息肉样变或有鼻息肉形成。

3. 可以是常年性的，也可为季节性发作。

4. 变态反应原激发试验：作皮内注射试验或鼻内激发试验为阳性。

5. 鼻腔分泌物涂片可见较多的嗜酸细胞。

[**治疗**]

1. 避免与变态反应原接触：找出致敏原后，应避免接触或食用，如撤掉地毯，不穿羽绒服、盖羽绒被等。

2. 免疫疗法，也称特异性脱敏或减敏疗法：找出致敏原，以低浓度开始皮下注射其浸液，以后逐渐加大浓度和剂量。

3. 药物疗法：

(1)组胺拮抗药：如扑尔敏等，为组按 H_1 受体拮抗剂，有疗效，但有嗜睡等副作用。

(2)色甘酸钠：为肥大细胞稳定剂，用其粉沫喷鼻。

(3)酮替芬：有拮抗组胺及阻止介质细胞脱颗粒的双重作用，但也有嗜睡等副反应，可口服，也可鼻腔局部应用。

(4)激素：常用强的松和地塞米松，长期服用有副作用；用人工合成的激素药物，副作用小，可局部或全身使用。

4. 手术治疗：

(1)下鼻甲粘膜的冷冻或激光烧灼，可降低鼻粘膜的敏感性，能控制症状。

(2)翼管神经或岩浅大神经切断，使鼻腔内副交感神经兴奋性降低，而产生治疗作用。

［**预防与保健**］

1. 对已经知道过敏原者，应尽量避免与其接触，如对羽毛、油漆或某种特殊食物，如虾等。但对花粉、尘螨等则很难避开。

2. 应积极治疗，以免延误病情，形成鼻息肉或支气管哮喘等严重病症。

鼻息肉

鼻息肉是一种常见病，为鼻粘膜的高度水肿，组织间隙扩大，形成有蒂的半透明的肿块，肿物灰白色、柔软、易发于双侧筛窦，也可发生于单侧。发生于上颌窦的息肉，多经自然孔而垂到后鼻孔，称为上颌窦后鼻孔息肉。鼻息肉多数为多发性的，也有单发的，即只有单个息肉发生，上颌窦后鼻孔息肉即为单发性息肉。

鼻息肉病人的临床症状为持续性鼻堵，嗅觉减退，由于息肉堵塞，常常引起鼻窦引流障碍，伴有鼻窦炎。此时可有鼻流脓涕、头痛等，若息肉影响咽鼓管的引流，还可产生耳鸣及听力减退。

［**临床症状**］

1. 有鼻堵及嗅觉减退，并且经常有鼻窦炎，即流脓涕及头痛等症

状。

2. 有过敏性鼻炎的病例。

3. 检查鼻腔可见中鼻道有灰白、柔软、半透明、一般有蒂的肿物。巨大的息肉可充满整个鼻腔，甚至突出于前、后鼻孔，长时期的巨大息肉甚至可产生外鼻变形。

检查中要作后鼻镜检查，看是否有上颌窦后鼻孔息肉。

4. 有些病例，应使鼻腔充分收缩或麻醉后，用鼻内窥镜检查才能看到较深部位的小息肉。

5.X 线检查，特别是 CT 检查，对息肉的范围、大小、是否侵犯鼻窦等观察十分清楚，对鼻内窥镜手术非常必要。

6. 对单侧，年龄在 40 岁以上，特别是男性病人，要除外内翻乳头状瘤；婴幼儿单侧鼻内柔软肿物应考虑脑膜膨出。

［**治疗**］

1. 简单的手术套除鼻息肉，常容易复发，常用于儿童及年老体弱者。

2. 息肉摘除及筛窦开放手术。

3. 鼻内窥镜下行息肉切除，鼻功能手术，包括切除鼻腔鼻窦复合体，切除开放有病变的鼻窦，开大上颌窦自然孔等。

4. 术后鼻腔冲洗，喷激素类药物，可减少复发机会。

［**预防与保健**］

1. 鼻息肉的产生可能与过敏性鼻炎、慢性鼻炎或鼻窦炎有关，故对以上疾病应积极治疗，并防止反复发作。

2. 早期发现、及时治疗，以免病变广泛侵犯鼻窦。

3. 术后要定期复查，防止上呼吸道的感染。

鼻出血

鼻出血也称鼻衄，是鼻部疾病的常见症状，也可由全身性疾病引起。鼻出血多为单侧，也可为双侧。出血量可多可少，轻的鼻出血仅鼻涕中带有血丝，重的一次大量出血可引起休克。鼻出血可为间歇的反复出血，也可为持续不断出血。出血部位绝大多数发生于鼻中隔前下方易出血区，此区域有一个血管网，且位置靠前方，易受损伤，特别是儿童和年青人鼻出血多在此处。有的中老年人鼻出血，其出

血部位在下鼻道后端，该处有一鼻-鼻咽静脉丛，为易出血处。

鼻出血的原因可以是鼻子本身的疾病，如鼻外伤、鼻部的发炎（包括各种急、慢性炎症）、鼻中隔的病变和鼻部的肿瘤等；也可以因全身疾病引起，如急性传染病、心脏病及高血压、动脉硬化、血液病以及维生素缺乏等。鼻子反复出血或大出血可导致贫血，常可引发严重疾病。

［**临床症状**］

1. 询问出血情况和出血的多少。

2. 出血量多时注意观察病人有无休克。

3. 仔细检查鼻腔，查清出血部位；特别要注意鼻腔和鼻咽部有无肿瘤。

4. 尽量找出可能引起鼻出血的全身病因。

［**治疗**］

1. 在急诊室中，医生要安慰病人和家属，使其镇静，让病人不要紧张和恐惧。

2. 详细检查鼻腔并止血，先将病人或家属塞入鼻腔的纸团或棉花取出，用浸有地卡因和肾上腺素的棉片放入鼻腔，以收缩和麻醉鼻腔，而后根据出血情况进行止血。

3. 止血方法：

（1）指压法：多数出血来自鼻中隔前下方易出血区，令病人用手指紧捏两侧鼻翼 10～15 分钟，可达止血效果。

（2）烧灼法：指压法无效时，或已看清出血点时，在鼻腔中放麻醉棉片后可用烧灼法凝固出血点，烧灼可用药物涂抹，如用 30％三氯乙酸或 50％硝酸银。更有效的是用微波、冷冻、电灼或激光将出血点封住。

（3）鼻腔堵塞法：用于鼻内粘膜较广泛的出血，采用凡士林纱条，在鼻腔内作折叠式充填，使损伤的血管重新闭合，一般充填 48 小时取出。

（4）后鼻孔堵塞法：经鼻腔充填后仍出血者用此法，此法病人较为痛苦，应收入住院，并使用抗生素预防中耳炎等并发症。

（5）用以上方法，绝大多数鼻出血都能止住，少数特殊病例需采用手术结扎血管的方法止血，常用的方法为上唇动脉结扎、筛前动脉结扎、颌内动脉结扎及颈外动脉结扎。

4. 全身治疗：

(1)急性出血时有休克者需输血、输液。

(2)针对病因对全身疾病进行治疗，必要时请有关科室会诊治疗。

(3)其他治疗：如镇静剂、止血药及维生素等药物的应用。

［预防与保健］

1. 防止鼻腔干燥及感染：在北方，鼻出血多发生于冬春气候干燥的季节，此时鼻粘膜极易干燥和感染，为此可保持屋内湿度，作鼻腔冲洗及鼻腔内滴薄荷油等。

2. 外伤是另一重要原因：注意防止鼻部外伤，去除挖鼻孔的不良习惯。

3. 及时治疗全身疾病，如高血压的控制等。

4. 教育孩子不要偏食，多食蔬菜和水果，冬春季节可补充些维生素C及维生素K等。

急性扁桃体炎

扁桃体应称为腭扁桃体，以便和咽扁桃体(即腺样体)及舌扁桃体相区分，它是咽旁的两块淋巴组织，是呼吸道和消化道的门卫，同时也是一个活跃的免疫器官，特别在儿童时期更为明显。扁桃体内含有各种淋巴细胞，产生多种免疫球蛋白，参与身体的体液免疫和细胞免疫。急性扁桃体炎为扁桃体的急性感染性疾病，主要致病菌为乙型溶血性链球菌，常在受凉、潮湿、过劳等机体抵抗力下降时发生，轻的炎症仅限于扁桃体表面粘膜的卡他性炎，重的引起化脓，表现为扁桃体实质也有急性感染。急性扁桃体炎多发生于儿童及青年人，在季节变化或气温突变时好发病。

急性扁桃体炎本身可影响病人的学习、工作和健康，而且可引起许多并发症，如中耳炎、淋巴结炎、咽部脓肿、关节炎、心肌炎及肾炎等，对人的健康影响很大。

［临床症状］

1. 发病前可有受凉或劳累。

2. 发病急，突然发生咽痛、吞咽时疼痛加重，伴有发冷、发热，咽痛重时病人拒食，可放射至同侧耳部，儿童病人全身症状较重，可产

生高热抽搐、呕吐或昏睡等。

3. 咽部检查：轻型者仅表现为扁桃体表面粘膜充血肿胀，重病者陷窝红肿，有脓性液体渗出，整个扁桃体均红肿，下颌角淋巴结可肿大并有压痛。

4. 病人呈急性病容，血白细胞计数明显增高。

5. 应与咽白喉、奋森氏咽颊炎及白血病性咽颊炎相鉴别。

［**治疗**］

1. 急性扁桃体炎有传染性，病人应适当隔离。

2. 要卧床休息，多饮水，通大便，进流食或软食。

3. 抗生素治疗：根据病原菌应首选青霉素或先锋霉素类抗生素，用2～3日后，病情不好转时，可改用其他抗生素。

4. 激素的应用：对重症病人或时间长、发热持续不退者，可静脉点滴氢化考的松50～200毫克，或肌肉注射地塞米松2～5毫克，也可口服强的松，每天15～30毫克。

5. 对症治疗：可用解热止痛剂，当体温超过38℃，或疼痛严重时使用。

6. 局部用药：用生理盐水或复方硼砂液含漱、每日数次，有利于局部的清洁及炎症的消退。口含片，如碘含片、抗生素含片、中药含片以及中药冰硼散、锡类散等均有消炎止痛的功效。

［**预防与保健**］

1. 在春、秋气温变化大时，要注意避免过劳、受凉，随气温变化增减衣被。

2. 平时注意锻炼身体，增强体质、增强对疾病的抵抗力。

3. 忌烟酒，避免有害气体的刺激等，可提高上呼吸道对炎症的抵抗力。

4. 如急性扁桃体炎反复发作，便形成慢性扁桃体炎。此时，可将扁桃体切除，切除手术应在急性炎症消退后2周进行。

慢性扁桃体炎

扁桃体的反复多次急性发炎可形成慢性扁桃体炎，有时虽然没有反复发炎的病史，扁桃体的隐窝引流不畅，窝内细菌或病毒的长期滋生感染，也可形成慢性扁桃体炎。由于扁桃体的慢性炎症，病人可

有咽干、咽喉发痒、咽异物感、刺激性咳嗽以及口臭等症状，慢性炎症引起的扁桃体增生、肥大，可使呼吸不畅、吞咽缓慢、语言含糊不清，炎症分泌物下咽后，可刺激胃肠，导致消化不良，毒素的吸收还可产生低热、头痛、乏力等症状。毒素吸收后发生变态反应，可引发关节炎、风湿热、心脏病、肾炎等并发症。这时，扁桃体免疫功能几乎消失，而形成一个病灶，对人的健康极其有害。

［**临床症状**］

1. 有反复发作急性扁桃体炎病史。

2. 有咽干、咽喉发痒、咽异物感或刺激性咳嗽、口臭等症状。

3. 检查扁桃体及舌腭弓有慢性充血，隐窝口有黄白色脓栓，挤压时，脓栓可排出，扁桃体与舌腭弓、咽腭弓之间有粘连，扁桃体上可有凹凸不平的瘢痕或形成小囊肿、小脓肿。有的仅表现为扁桃体的肥大增生，且多见于青年或儿童。

4. 下颌角淋巴结常有肿大。

5. 病人可有并发症，如关节炎、风湿热、心脏病、肾炎、低热、牛皮癣等。

［**治疗**］

1. 保守疗法：用于不能施行手术者。

(1)免疫疗法：有人认为慢性扁桃体炎的病因是感染－变态反应，可用链球菌变应原和疫苗作脱敏治疗，也可用加强免疫能力的药物，如胎盘球蛋白、转移因子的注射等。

(2)冲洗并吸引扁桃体隐窝，冲出窝内积存物，减少细菌繁殖。

(3)中医用小烙铁反复多次烧烙扁桃体，使其瘢痕化。

2. 手术切除扁桃体：

(1)扁桃体手术应严格选择适应症。

1)急性扁桃体炎反复多次发作，或有扁桃体周围脓肿并发症者。

2)扁桃体明显肥大，影响呼吸及吞咽者。

3)扁桃体炎形成病灶，引起并发症者。

4)扁桃体肿瘤，应连扁桃体一并切除，并送病理检查。

(2)扁桃体手术是一种选择性手术，要选择良好时机手术，有造血系统疾病、凝血机制障碍者不宜手术，有全身重要器官疾病者，应积极治疗，待病情稳定后再行手术，妇女月经期及经前期亦不宜手术。

(3)手术方法可采用剥离法或挤切法进行。

[预防与保健]

1. 春秋季节注意防止受凉。

2. 坚持锻炼身体,增强体质,提高抗病能力。

3. 忌烟酒及刺激性大的饮食。

4. 注意经常刷牙及漱口,保持口腔卫生。

腺样体肥大

腺样体也叫咽扁桃体或增殖体,位于鼻咽顶部,在正常情况下,小孩从2~10岁间为腺样体肥大期,6岁时增生最明显,10岁以后开始萎缩,到13岁时腺样体就基本消失了。由于反复的上呼吸道感染,腺样体因炎症反复刺激发生病理性增生,而形成腺样体肥大。

本病多见于儿童,常与慢性扁桃体炎同时存在。肥大的腺样体对儿童的健康十分有害,它可压迫咽鼓管口,发生分泌性中耳炎而导致耳聋及耳鸣;它可堵塞后鼻孔使引流不畅,导致鼻炎及鼻窦炎;它的分泌物向下流可引起气管炎、支气管炎。腺样体肥大时间长了还可引起面形的改变、影响身体的发育,继发智力低下等,应及早诊断,及时治疗。

[临床症状]

1. 有分泌性中耳炎、耳鸣及耳聋。

2. 可有鼻堵、流涕、说话鼻音重,睡眠打鼾。

3. 常有气管炎、支气管炎发作。

4. 可出现"腺样体面容"。

5. 腺样体肥大时,后鼻镜检查或纤维鼻咽镜检查可见腺样体呈桔瓣状增大。亦可用手指触诊,于鼻咽部触及柔软肿物。检查不配合的患儿,作X线鼻咽侧位片,可见肥大的腺样体阴影。

[治疗]

需作手术切除,即在全身麻醉下,将腺样体刮除。

在有急性炎症时、病人有出血倾向者或全身情况不宜全麻手术者禁忌手术治疗。

[预防与保健]

同慢性扁桃体炎。

急性咽炎

急性咽炎为咽粘膜、粘膜下组织和淋巴组织的急性炎症，常为上呼吸道感染的一部分。常见于秋冬及冬春之交。

病因：(1)病毒传染，以柯萨奇病毒、腺病毒、副流感病毒引起者最多。(2)细菌感染，以链球菌、葡萄球菌和肺炎双球菌多见。(3)物理化学因素，经常在高温下作业，或接触有刺激性的物质如粉尘、烟雾、烟草等。

［**症状表现**］

起病较急，始觉咽部干燥、灼热、微痛，继而咽痛加重，吞咽唾液时疼痛加重，可放射到耳部。全身症状一般较轻，可有头痛、发热、食欲不振、四肢酸痛等。检查时可见咽部粘膜充血、肿胀，呈深红色，咽腭弓粘膜水肿、悬雍垂水肿，咽后壁淋巴滤泡和咽侧索肿大，充血，可并发中耳炎、鼻炎、鼻窦炎、支气管炎等。

［**治疗**］

(1)抗生素治疗为主，磺胺类药物、琥乙红霉素或青霉素类药物为首选，用于控制细菌感染。应用抗病毒药物（病毒唑、聚肌胞、银黄口服液、板蓝根口服液、大青叶合剂等）有一定抗病毒作用。(2)中医中药，中医认为本病为外感风热，宜疏风解表、清热解毒，用银翘散加减，或口服六神丸。(3)局部用药，可用杜芬喉片、碘喉片、华素片等含化，有条件者可雾化吸入（庆大霉素8万单位＋地塞米松10毫克＋α－糜蛋白酶5毫克），每日2次，5日为一疗程，也有较好的治疗效果。

［**家庭护理**］

1. 适当注意休息，保持充足的睡眠。
2. 多饮水，避免刺激性食物，尽量不吸烟不饮酒。
3. 保持口腔清洁，可用温热水含漱。
4. 保持室内湿度，在病人发热期，应注意保温。
5. 坚持服药至疾病痊愈后为止。在医生指导下停药。
6. 加强锻炼，加强营养，提高机体抵抗力。

慢性咽炎

慢性咽炎是咽部粘膜、粘膜下及咽淋巴组织的弥漫性炎症，慢性咽炎极为常见，而且病程长、症状顽固，不易治愈。慢性咽炎可由于急性咽炎的反复发作而形成，也可由于鼻部感染、慢性扁桃体炎及龋齿、牙周炎等的感染刺激、烟酒过度、粉尘及有害气体刺激而引起。此外患有全身慢性病，如贫血、下呼吸道慢性炎症、心血管疾病、慢性肝、肾疾病者，常伴有慢性咽炎。

［**临床症状**］

1. 多发生于有烟酒嗜好的男性成年人。

2. 咽部不适、疼痛、发干、异物感、发痒、咳嗽，可咳出少量粘痰，早起时咳嗽，恶心作呕，症状时轻时重。

3. 检查咽粘膜弥漫充血、色暗红，可有血管扩张、咽部有少量粘稠分泌物。有时可见粘膜肥厚，侧索增生明显，咽后淋巴滤泡成片状增生，软腭边缘及悬雍垂粘膜增生、暗红色。

4. 要检查鼻、鼻咽、喉及下咽、食管等处，有无早期恶性肿瘤，因其症状与慢性咽炎相似，应予以排除。

［**治疗**］

慢性咽炎症状极为顽固，不易治愈。

1. 消除各种致病原因：忌烟酒，治疗鼻及鼻窦的炎症，治疗龋齿及牙周病，治疗慢性扁桃体炎等。

2. 减轻或制止各种粉尘及有毒、有害气体的刺激。

3. 积极治疗各种全身慢性病。

4. 锻炼身体、增强体质，对慢性咽炎的症状减轻十分有效。

5. 药物治疗：各种含片、各种消炎含漱药物均可使用，含片不宜过用。

6. 肥厚增生淋巴滤泡可用烧灼、冷冻或激光治疗。

［**预防与保健**］

预防及保健对慢性咽炎十分重要。

1. 忌烟酒，对各种粉尘、有毒有害气体加强防护。

2. 锻炼身体，增强体质。

3. 积极治疗咽部周围的感染性疾病，积极治疗全身慢性疾病，要

劳逸结合，适当活动，增强全身血液循环，有利于防止或减轻慢性咽炎。

4. 易犯慢性咽炎或已犯慢性咽炎者，应经常刷牙、漱口，保持口咽部清洁；勿吃刺激性、油腻、过咸及过热的食物；平时多喝水，勿使咽部干燥等。

咽异感症

咽异感症为耳鼻喉科常见病症，病人常觉咽喉部不适，有异物堵塞感，咽不下也吐不出，本病多见于30～40岁的女性。产生咽异感症的原因多与精神因素有关，如神经官能症、癔病、疑癌症、焦虑状态或精神分裂症等。当然，有一小部分人也可发现有器质性病变，如上呼吸道炎症、茎突过长、颈椎骨质增生、食道炎或胃病及贫血，特别是咽、喉、食管或贲门部的早期癌瘤，也可有咽异感症，应特别加以注意。

[临床症状]

1. 本病多见于30～40岁女性。

2. 咽喉不适，异物堵塞感，异物咽之不下，吐之不出，有时为咽部贴叶感、蚁走感、瘙痒感、痰粘着感或呈小球样在咽部上下活动，异物常位于口咽和胸骨上窝之间，也可偏于一侧，进食正常，有的在进食后症状反而减轻。

3. 检查鼻咽、口咽及喉咽粘膜正常。

4. 颈部检查无肿块或其他异常，X线检查茎突及颈椎正常。

5. 食管钡餐检查或食管镜检查正常。

[治疗]

1. 若能找出器质性病变，并加以治疗，则症状可明显减轻。

2. 医生要细心检查，除外肿瘤后，再耐心向病人解释，消除对癌症的怀疑和恐惧。

3. 服用镇静剂。

4. 局部用口含片。

[预防与保健]

1. 病人要培养多种爱好，做到心胸开朗。

2. 有症状时到医院作检查，找病人信赖的医生看病。医生仔细

检查和耐心解释。

3. 必要时找心理医生咨询。

4. 中医、中药及针灸治疗有时有效。

鼾症和睡眠窒息综合症

近些年来,医学界对鼾症的讨论确实不少。平时睡觉打鼾,要是声音不大,而且很均匀,或者仅仅在上呼吸道感染、喝酒多些或特别劳累时睡觉有鼾声,鼾声均匀,这并不是病。鼾症就是睡眠时鼾声很大,响度等于或超过60分贝,或者隔屋能听到明显的鼾声,有的病人睡觉时不仅鼾声大发,而且不均匀,有呼吸暂停现象,若是睡眠7小时中,出现10秒钟以上的呼吸暂停30次,就称为睡眠窒息综合症。鼾症和睡眠窒息综合症几乎都是由上呼吸道阻塞引起的,少数由中枢神经系统疾病引起。由于睡眠时呼吸阻塞缺氧,可引起一系列严重后果,如引发心、脑血管疾病、高血压病、白天嗜睡、乏力、头痛,甚至出现神经、精神异常改变等,巨大的鼾声还可引起家庭、邻里不合,对病人、对家庭都有影响。

［**临床症状**］

1. 多发生于男性,中年以上年龄的肥胖病人。

2. 有较长时间的睡眠打鼾,常伴呼吸暂停及白天嗜睡等症状。

3. 体检多数病人肥胖,可伴有高血压。

4. 必须检查鼻、咽、喉部,找出阻塞部位,还要注意有无下颌骨发育不全、舌后堕等口腔疾病以及中枢神经系统疾病的可能。

5. 纤维鼻咽镜及喉镜检查有助于找出咽部塌陷情况。

6. 睡眠监测(睡眠多导仪检查):可判断病情的严重程度、睡眠呼吸暂停的性质。

［**治疗**］

1. 保守疗法:

(1)药物治疗:有些鼻内喷、滴药物,对轻症病人有一定疗效。

(2)鼻孔或鼻内置管,适用于鼻翼或鼻腔狭窄的病例。

(3)鼻腔持续正压通气,睡眠时戴上通气口罩,适用于年老、多病不宜手术者。

(4)减肥。

2. 手术疗法:根据检查,可以作鼻部手术,扁桃体或/和腺样体切除,腭咽成形术,舌骨下肌群切断、舌骨悬吊术,下颌骨前迁或舌根部分切除术等。

在检查中,我们发现儿童鼾症病人几乎都和扁桃体、腺样体肥大有关;而成年人的鼾症或睡眠窒息综合征绝大多数为咽峡部狭窄、肥厚及松弛。

[**预防与保健**]

1. 注意均衡营养,加强身体锻炼,防止肥胖。
2. 预防感冒,忌烟酒,防止慢性咽炎的发生、发展。
3. 早作检查,早期诊断并治疗,以免病情发展,引起全身疾病。
4. 积极减肥。

急性会厌炎

急性会厌炎是以声门上区、会厌为主的急性感染,可累及杓会厌皱襞、杓状软骨及假声带。成人或儿童均可发病,冬春季多见。

病因:(1)感染,多为病毒和细菌的混合感染,主要有呼吸道合胞病毒、鼻病毒、流感病毒、溶血性链球菌、葡萄球菌、肺炎双球菌等;(2)邻近器官的炎症,如急性鼻炎、咽炎、扁桃体炎等;(3)变态反应及外伤等均可引起本病。

[**症状表现**]

(1)起病急骤,有畏寒、发热,体温一般在38～39℃之间,少数可达40℃以上。可有精神萎靡、面色苍白、血压下降,甚至昏厥、休克;(2)咽喉剧痛及吞咽困难,疼痛严重者甚至连水及唾液亦不敢下咽。(3)言语含糊不清,但无声音嘶哑;(4)呼吸困难,吸气时呼吸困难加重,常伴有吸气性喉鸣及三凹征,严重者可发生窒息。间接喉镜检查可见会厌红肿,杓会厌皱壁及室带充血肿胀。而声带不充血。

[**治疗**]

(1)足量抗生素及类固醇激素联合应用,以青霉素及氨苄青霉素为首选药物,亦可选用先锋霉素静脉滴注,以控制感染;并地塞米松或氢化可的松加入液体内滴入,以消除水肿及保持呼吸道通畅。(2)对有明显呼吸困难者及时行气管切开术,以免发生窒息。(3)会厌脓肿形成者,宜行切开引流。

［家庭护理］

1. 注意口腔卫生，用硼砂液或1:5000呋喃西林含漱。

2. 多饮水及液质饮食，鼓励进食，以增强机体抵抗力。

3. 避免烟酒及辛辣刺激性食物。

4. 保持环境清洁卫生，避免粉尘及刺激性气体。

5. 病人宜卧床休息，保证充足的睡眠，促进炎症消退。

6. 注意保持呼吸道通畅。

急性喉炎

急性喉炎是喉粘膜的急性炎症，是常见的上呼吸道感染性疾病，成人男性多见，儿童急性喉炎病情多较严重。急性喉炎多发生于春、冬两季。成人急性喉炎以声哑、喉痛及咳嗽痰多为主要症状，全身可有不适或低热。小儿急性喉炎则不同，由于小儿喉部解剖特点，如喉腔狭小、喉软骨支架柔软、声门下区粘膜下组织疏松、淋巴管丰富等，发炎时表现为声门下喉炎，容易发生喉梗阻，严重病例如不及时治疗，可发生窒息死亡。小儿急性喉炎也常常是某些急性传染病的并发症，如流行性感冒、麻疹、水痘、百日咳和猩红热等。有的患儿还可表现出明显的全身症状，如高热、抽搐、呕吐及腹泻等。

［临床症状］

1. 发病多在春、冬二季。

2. 可有一定的诱因，如受凉、有害气体刺激、用声过度或烟酒过多等。儿童犯病可能与传染病有关。

3. 起病急有声哑、咳嗽多痰及咽喉疼痛。儿童声哑常不明显，而有哮吼样咳嗽、发热，严重时可有呼吸困难。

4. 喉镜检查可见喉粘膜弥漫性充血、肿胀、声带色红，有时可见粘膜下出血，表面常有粘稠分泌物，儿童病人若作喉镜检查，则可见声门下粘膜明显充血、肿胀而突出，声门下明显狭窄。

5. 儿童急性喉炎应与呼吸道异物，喉白喉及喉痉挛作鉴别诊断。

［治疗］

1. 成人急性喉炎的治疗：

(1)声带休息：禁声是重要措施。

(2)抗生素治疗：一般采用对革兰氏阳性球菌有效的药物。

(3)声带红肿严重者可加用类固醇激素。

(4)蒸气吸入治疗：可用单纯的热蒸气，也可用加药物的雾化疗法。

2. 儿童急性喉炎的治疗：

(1)解除喉阻塞：

1)及早应用广谱、足量的抗生素，控制感染。

2)类固醇激素的应用：口服泼尼松，每日1～2毫克/千克体重；地塞米松肌肉注射或静脉滴注，每日0.2毫克/千克体重；氢化考的松静脉滴注，每日4～8毫克/千克体重。

3)氧气吸入。

4)喉梗阻严重或经药物治疗未见缓解者，可作气管切开术。

(2)支持疗法：注意加强营养，如能经口进食，则用些流食或半流食，如牛奶、蛋羹、果汁等易消化食品，还应多饮水；若不能进食，则静脉补充葡萄糖、盐、钾等以保证水和电解质平衡；补充多种维生素。

(3)对症治疗：退热，有人主张少量镇静剂可使患儿安静休息，减少哭闹，以免加重呼吸困难，但某些镇静剂可有抑制呼吸中枢之虑，使用时要慎重。

[预防与保健]

1. 加强身体锻炼，提高体质，预防受凉及感冒。

2. 对小儿病人，要注意屋内的通风换气，天好时到屋外活动；注意正确的喂养，保证均衡营养及多种维生素的摄入。

3. 忌烟酒，避免粉尘及有害气体的吸入，避免用声过度。

4. 传染病流行期间，儿童避免到公共场所，以免得病。

5. 患急性喉炎时应及时到医院治疗，以免病情加重或形成慢性喉炎。

慢性喉炎

慢性喉炎是由喉粘膜的一般性病菌感染引起的慢性炎症，常因急性喉炎的反复发作或迁延不愈引起；长时间用声过度或发声不当，鼻、咽感染或下呼吸道感染的分泌物长期刺激，或有害有毒气体的长期刺激也是引起慢性喉炎的病因。由于病因不同，病变时间长短，病变的范围、程度变化，慢性喉炎可表现为粘膜的单纯性慢性炎，肥厚

性增生变化以及粘膜萎缩，也可表现为声带小结、声带息肉的病变。慢性喉炎是一种多发病，而且与职业有一定的关系。

［临床症状］

1. 男性成人多见，有反复声哑或长时间声哑，时好时坏的病史。

2. 多见于教师、公共汽车售票员、演员、纱厂女工等用声过强过多者。

3. 声音嘶哑，早期为间歇性，日久变成持续性。

4. 伴有喉部干、痛及粘稠分泌物增多，说话时常须咳嗽以清除粘痰。

5. 检查时发现喉粘膜弥漫性充血红肿，或声带肥厚，室带及杓状软骨粘膜增厚或喉粘膜萎缩。也可表现为声带前中 1/3 双侧对称的小结，或声带单侧或双侧的息肉。

［治疗］

1. 除去刺激因素：

(1)注意声带适当休息，减少发声，严禁大声喊叫，纠正不正确的发音方法。

(2)积极治疗鼻、咽或下呼吸道感染，减少或制止脓性分泌物对喉粘膜的刺激。

(3)忌烟酒，防止粉尘及其他有害气体的刺激。

2. 雾化吸入：用庆大霉素及地塞米松作雾化吸入，每日 1~2 次，6 日为 1 疗程，可作 2~3 个疗程。

3. 注意口腔卫生，经常刷牙漱口，可用口含片、中西药喉喷雾剂治疗。

4. 勿吃刺激性大的食物。

5. 声带小结或声带息肉经保守疗法不好时，可以手术切除。

［预防与保健］

1. 锻炼身体，提高身体素质，防止感冒。

2. 防止用声过度或用声不当。

3. 忌烟酒，某些职业应避免吃刺激性大的食物。

4. 对有粉尘、有毒有害气体污染的工作人员要作好防护。

5. 有鼻炎、鼻窦炎、慢性扁桃体炎、牙周炎、气管炎、支气管炎者应积极治疗，防止炎性分泌物对喉的刺激。

6. 声带小结或声带息肉作手术治疗后，还应注意纠正错误的发

音方法，有的需作发音训练。

药物中毒性耳聋

许多药物或化学物质具有耳毒性，长期使用或一次大剂量应用可引起感觉神经性耳聋，我们称之为耳毒性药物或耳毒性化学物质。不同人对这种物质有不同的敏感性，有的较长时间使用而不引起耳聋，有的只使用过几次即可发生严重的耳毒作用。

过去，奎宁是引起中毒性耳聋的主要药物；现在，疟疾已基本控制，而抗生素的广泛应用，所引起的中毒性耳聋日渐增多。耳毒性抗生素中最常见的有链霉素、新霉素、卡那霉素及庆大霉素等。值得注意的是，在产生耳中毒前，病人常有某些先兆症状，如耳鸣、头晕，恶心，使用链霉素时，还可出现面颊部麻木，若及时停药，可使耳中毒停止，听力恢复。

[临床症状]

1. 病人有耳聋，常为双侧，可伴有耳鸣。
2. 检查双耳鼓膜正常与否。
3. 有长时间使用耳毒性药物历史。
4. 听力检查：成人或较大儿童作纯音听力测听，小儿可用脑干电反应测听，结果为双侧感觉神经性耳聋。
5. 应与其他原因引起的感觉神经性耳聋，如先天性耳聋，感染中毒性耳聋等作鉴别。

[治疗]

1. 急性期：指正在用药或停药4周以内发现中毒性耳聋。

(1)停药。

(2)试用神经营养药物：①维生素B_1，100毫克，肌注，每日1次。②维生素B_{12}，100微克，肌注，每日1次。③三磷酸腺苷(ATP)，20毫克口服，每日3次。④对症治疗：耳鸣严重或有头晕者，可用镇静药。

2. 慢性期：一般在发现有耳聋时，已属晚期，若停药已3个月以上，则药物治疗一般无效。

(1)严重耳鸣或伴有头晕者，需对症治疗。

(2)配戴助听器，儿童需作语言训练。

［预防与保健］

1. 严格掌握抗生素应用的适应症，避免滥用，尽量不使用耳毒性抗生素。

2. 确需应用耳毒性抗生素时，宜采用最小的有效剂量，疾病一旦控制，立即停药。

3. 用药中注意病人的反应，如有耳鸣、头晕、面部发麻等耳毒先驱症状，立即停药。

4. 有条件的地方，用药前、用药中及用药后可作听力监测。

5. 肾功能不全者，易产生药物蓄积中毒，应禁用或慎用抗生素。

6. 大力宣传耳毒性药物的危害及正确应用抗生素的方法，减少抗生素耳毒性聋的发生。

龋　齿

龋齿是口腔最常见的一种牙齿硬组织疾病，即我们通常所说的虫牙或蛀牙，是人类广泛流行的一种慢性疾病，虽然不危及人们的生命，但如果不及时治疗，对人类口腔健康及全身健康均可产生一定危害。当今生活水平不断提高，多以精制碳水化合物为主要食物，糖的摄取量也不断增加，龋齿的发生率也越来越高，这已成为世界性问题。我国儿童约占全国人口的1/3，龋齿发病率高达80%以上。俗话说“牙痛不算病，疼起来真要命”。反映了人们对龋齿病的不重视和龋齿病引起牙痛的厉害程度。对儿童会影响颌面部发育，影响全身健康。

［临床症状］

1. 浅龋：多见于釉质（牙冠部）及牙骨质（牙颈部），无自觉症状，专科医生检查时可发现牙齿表面呈白垩状（白粉笔色）或黄褐色斑点，探之表面粗糙、软。

2. 中龋：病人遇冷、热、酸、甜等刺激有一过性疼痛，专科医生检查可见明显龋洞。

3. 深龋：病人已经对冷、热，特别是冷刺激时疼重。若无刺激激惹时也隐隐作疼，或夜间疼，放射半侧头疼，说明深龋已引起牙髓发炎，需去除牙神经治疗。专科医生检查时可见深的龋洞，或已接近牙髓腔。

［治疗］

充填治疗(俗称补牙)；对儿童5岁前所有乳牙龋均应治疗。5岁后看恒牙萌出时间，接近退换的乳牙可不作治疗。10岁后乳磨牙应根据牙根吸收情况决定治疗与否，对成人龋齿病均应及早治疗。

定期涂氟治疗，适应于儿童及青少年。

［预防与保健］

1. 保持口腔卫生，每天早晚刷牙，饭后漱口，晚睡前刷牙更重要。

2. 养成晚睡前不吃甜食的习惯，如饮料、饼干、甜奶等。如果老人及幼儿睡前需要饮牛奶和果汁的话，也必须用白水漱口或喝白开水清洁口腔。

3. 教育儿童不偏食，少吃零食，注意合理营养。多吃含磷、钙、氟和多种维生素类食品，如豆腐、豆浆、肉骨头汤、蛋、奶、鱼、新鲜蔬菜及水果。饮食中多选择粗糙有纤维素的食物，通过咀嚼促进牙面清洁，牙周组织健康。

4. 牙刷、牙膏的选择。应选用刷头小，刷毛不超过三排，刷毛软硬适度的牙刷。选择含氟的牙膏对龋齿的预防有一定作用。

5. 成人还可以用茶水含漱，提高牙齿抗龋能力。

6. 刷牙习惯应从幼儿开始培养，要采用竖刷法，即刷上牙时，要从上往下刷，刷下牙时要从下往上刷，保证每个牙面都刷到。刷牙方法正确不仅利于牙齿保洁，而且对牙组织可起到按摩作用。

7. 定期口腔检查，每半年至一年检查一次，以便及早发现龋齿，给予及时治疗。

牙齿敏感症

它是一个症状，而不是一种疾病。牙齿发生疾病均可伴随有牙本质感觉过敏，俗称倒牙。当牙齿咬东西时，遇到冷、热、酸、甜刺激时就会感觉牙齿酸疼，不敢咬东西，医学上称为牙本质敏感症。

［临床症状］

1. 硬物(如指甲划动，针形物划动等)刺激时牙齿有酸软感觉，去除刺激疼痛立即消失。有冷、热、酸、甜激惹时疼，但无激惹时不疼。

2. 牙齿表面或牙颈部有敏感点或面，多为牙釉质(珐琅质)磨损处，牙骨质(牙颈部无珐琅质)暴露处。

3. 牙齿硬组织缺损，如过度咬坚硬食物造成牙齿过度磨损，刷牙方法不正确造成牙颈部楔状缺损，外伤牙冠折裂等。

4. 全身的某些因素，如过度疲劳、长期失眠，妇女妊娠期、产期、月经期，体弱病人等由于他们神经末梢敏感性增高，全身的应激性也相应地增高，甚至全口牙齿酸软无力。

5. 头颈部肿物，接受大剂量放射治疗，造成牙齿脱钙，也可产生牙齿酸疼，影响进食。

［**治疗**］

1. 药物脱敏疗法，需由口腔专科医生进行指导处治。

2. 对有微细裂纹、楔状缺损、浅龋牙齿等均需专科医生处治。

［**预防与保健**］

1. 改正不良习惯，如单侧咀嚼，常咬坚硬食品、瓶盖、缝针等。日常采用保健牙刷和正确刷牙方法。进餐要细嚼慢咽，使牙齿得到均匀磨损。

2. 牙齿有酸软感时可咀嚼茶叶、核桃帮助脱敏，也可用含氟化物牙膏局部涂擦脱敏。

3. 全身调理，指压耳穴（即明显压疼点处）及体穴（合谷、足三里、内关），感觉酸麻，每次按压30次。

4. 保健措施无效时，需请专科医生治疗。

急性牙髓炎

急性牙髓发炎可由牙髓充血发展而来，也可由慢性牙髓炎急性发作而来，其表现为牙齿剧烈疼痛，俗称“牙痛不是病，疼起来真要命”，就是指这一种。

［**临床症状**］

1. 自发性痛，阵发性发作或加剧。

2. 夜间疼痛比白天剧烈。

3. 发散至太阳穴或半侧头部疼，不能定位。

4. 温度刺激可引起疼痛加剧，刺激去除后疼痛持续一段时间后缓解，化脓性牙髓炎或坏死性牙髓炎遇冷水可缓解、遇热疼痛剧烈。

5. 慢性牙髓炎急性发作，一般伴有咬疼或叩击疼。

［**治疗**］

1. 麻醉下开放牙髓腔,使脓、血、臭气释放后疼立即缓解。给予消炎药或止疼药。

2. 定期复诊,由专科医生继续治疗。

牙龈炎

慢性牙龈炎是牙龋病中最常见的疾病,牙菌斑是最主要的原因。儿童、成人均可发病,我国成人的患病率为70%以上。

[**临床症状**]

1. 牙龈色泽鲜红或暗红色,龈组织松软脆弱、无弹性、触之易出血。

2. 口腔卫生差,有口臭味,刷牙、吃饭牙龈易出血。

3. 牙垢、牙石堆积。

4. 无牙周组织破坏。

[**治疗与预防**]

1. 进行口腔卫生宣传教育。

2. 超声波洁牙,去除牙垢与牙石,龈缘敷以碘剂。

牙周炎

多数由牙龈炎发展而来,年龄越大患病率越高,病情愈重。青少年也可患牙周炎,如仅局限于门牙或第一大磨牙称局限型青少年牙周炎,如果波及全口多数牙齿称弥漫型青少年牙周炎。

[**临床症状**]

1. 成年人进程缓慢,牙垢、牙石与牙周炎的程度一致,青少年牙周炎破坏程度与局部刺激物不成正比。

2. 牙龈红肿、易出血、溢脓,口臭。

3. 咀嚼无力,牙齿移位、松动。青少年牙周炎前牙呈扇面形移位,有明显的家族遗传倾向。

4.X光可见齿槽骨吸收,成年人呈水平方式,青少年呈弧形吸收。

[**治疗**]

1. 进行口腔卫生指导。

2. 洁齿，彻底清除牙龈缘上及牙龈组织下方的牙石，青少年牙周炎更需及早彻底洁齿。

3. 固定松动牙，修复缺失牙。

4. 连续口服抗生素治疗，甲硝唑 0.2 克，每日 3～4 次，连续一周，也可用甲硝唑片剂冲水含漱，每日数次。

［预防与保健］

1. 定期复诊，听从专科医生指导。每日早晚正确刷牙，保持牙齿清洁。

2. 牙龈按摩：洗手后用食指按摩，由牙根方向移向牙龈缘方向，再沿牙龈水平方向按摩。

3. 叩齿法：每日早晚各一次，每次上下牙轻叩 30 次，不要咬紧牙。

4. 氧化疗法：以 1% 双氧水含漱，或用棉球蘸药液压挤入龈沟，使龈组织变白有气泡产生，可改善局部组织的营养及氧供应，使炎症尽快消除。

急性牙外伤

急性牙外伤多为口腔科急诊，在处理牙外伤之前应先查明有无颅脑和其他部位损伤，并及时作出诊断与处理。

（一）牙震荡（创伤性根周膜炎）

［临床症状］

1. 有外伤史。

2. 牙齿无折断或缺损。

3. 牙齿有伸长感及一过性冷热刺激痛。

4. 患牙松动或咬痛、叩击痛。

［治疗］

1.X 线检查除外牙根折或齿槽突骨折。

2. 症状轻者不作处理或适当调整咬合。

3. 症状重者可作局部 1% 普鲁卡因封闭治疗或行物理疗法。

4. 松动牙可作牙齿固定并调整咬合。

（二）牙脱位

［临床症状］

1. 有外伤史。

2. 脱出型脱位：患牙伸长或倾斜移位，牙齿不同程度的活动，叩击牙齿痛，扪痛，龈缘出血，X线片见根尖周膜增宽。

3. 嵌入型脱位：伤齿变短或有方向扭转，有叩击痛和龈缘出血，X线片见根尖周膜间隙消失。

［**治疗**］

1.X线片除外牙槽突骨折和根折。

2. 脱出牙复位固定。

3. 嵌入脱位较轻的年轻恒牙暂不作处理，但应观察自行复位情况，嵌入重者应在局麻下复位固定。

4. 定期复查，观察牙髓及根尖变化。

（三）牙脱臼

［**临床症状**］

1. 外伤史。

2. 牙齿完全脱出。

［**治疗**］

1. 尽早再植复位固定。

2. 年轻恒牙在受伤后2小时内行再植术者预后较好，再植2周后根据具体情况是否进行牙髓治疗。

3. 定期复查，检查咬合关系。

4. 脱位后的牙齿不要扔掉，应立即冲洗后放入口腔内或以盐水浸泡尽快就医。

白　斑

口腔粘膜上白色斑块，擦不掉，不痛也不痒，不易引人注意，往往是病人偶然发现或医生检查时发现。口腔粘膜白斑多发生在中老年人，男性多于女性，白斑癌变率为3%～5%左右。所以应对口腔粘膜白斑给予足够的重视。

［**临床症状**］

1. 可见于口腔粘膜的任何部位，两颊最多见，唇、舌次之，上腭、牙龈及口底相对少见。

2. 白斑范围可局限或广泛，边界清楚，烟草白斑边缘不清，颜色

可白或灰白。

3. 病人一般无症状，只感觉局部粗糙，当红白间杂有小溃疡时，遇辛辣食物有刺激性疼。

4. 颊粘膜白斑起自口角内侧，沿咬合线到达磨牙区，两侧对称。这种多与局部刺激有关。舌白斑多见于舌背、舌肤、舌侧缘，癌变率高。唇白斑易发于唇的一侧，多与吸烟有关。

5. 女性比男性易癌变，年龄越大越应注意。

[**治疗**]

1. 戒烟。

2. 去医院确诊白斑性质与类型。

3. 局部可涂维甲酸软膏。

4. 手术治疗。

[**预防与保健**]

1. 去除一切刺激因素，如戒烟或少吸烟，避免吃辛辣、热烫食物。口腔内有残留的牙根、牙冠或不良的修复体应尽早去除，过尖锐的牙尖应磨圆滑。

2. 千万不要用碘酒、酚类药物涂擦，因这些药物有腐蚀性，会加重口腔粘膜的过度角化。如果表面有表浅的糜烂、溃疡，可用维甲酸软膏局部涂擦。

3. 经过组织切片证实是癌前病变时，应尽早手术切除，然后每3～6个月到医院复查。

智齿冠周炎

牙齿在萌出过程中或牙齿萌出困难而引起的牙冠周围软组织发炎，尤以下颌第三磨牙(俗称智齿)冠周炎最常见。

[**临床症状**]

1. 发病年龄多在18～25岁。

2. 急性期有全身症状，如发烧、头痛、便干等。局部症状有红肿、疼痛、开口困难或吞咽困难。

3. 局部检查：患牙的面颊部红肿有浸润块。颌下淋巴结肿大、压疼。牙齿部分萌出，牙冠周围红肿、压疼。冠周可形成脓肿，探之有脓性渗出物。白细胞可增高。

4. 慢性期无全身症状，有反复发作冠周炎的病史。

5. 可并发颌骨牙槽脓肿及颌面部间隙感染。

［治疗］

1. 全身治疗：口服抗炎药物或肌注青霉素 80 万单位，每天肌注两次，若有并发症可静脉点滴青霉素 640～800 万单位/日，先锋霉素Ⅵ4～6 克/日，甲硝唑 1 克合并应用。

2. 局部治疗：炎症初期龈袋或盲袋内反复冲洗，用 1%～3% H_2O_2 或 1:5000 高锰酸钾液及生理盐水，然后在龈袋或盲袋内放碘剂，如碘甘油及其他消毒液。脓肿已形成即可切开引流，待炎症控制后拔除患牙。

颞下颌关节脱位

颞下颌关节脱位是指髁状突滑出关节窝之外，以致不能自行复回原位，称为颞下颌关节脱位，俗称“掉下巴”。按性质分为急性脱位、复发性脱位和陈旧性脱位，一般以急性和复发性脱位较为常见。

［临床症状］

1. 下颌运动失常，病人呈开口状而不能闭口；唾液外流、语言不清、咀嚼吞咽发生困难。

2. 颏部前突、两颊变平、鼻唇沟消失，脸型也相应变长，前门牙呈开口咬合或反咬合。

3. 耳屏前空虚、凹陷，颧弓下可触及脱位的髁头。

4. 老人或全口无牙病人其关节脱位后脸型变化不明显，脱位不易被发现，易延误治疗。

5. 一侧脱位者，上述症状只表现在患侧，颏部及下颌牙中缝偏向健康一侧。

［治疗］

1. 急性脱位后及时复位，嘱咐病人放松，不要紧张，或给予镇静剂。

复位方法：常用口内法即让病人端坐在椅子上，头部应紧靠墙壁，下颌位置应低于术者两臂下垂的肘关节水平。术者站在病人前方，两拇指缠上纱布，伸入病人口腔，放在下颌磨牙咬合面上，尽可能向后放，其余手指握住下颌体部下缘。复位时拇指向下压下颌骨，力

量逐渐增大;其余手指将颏部缓慢上推,当关节头移到关节结水平下时,再轻轻向后推动,此时关节头即可滑入关节凹内。在即将复位时,术者拇指应迅速滑向颊侧口腔前庭,以免咬伤。

2. 复位后应限制下颌活动2~3周,最大开口不宜超过1厘米。采用弹力绷带将下颌固定在头部。饮食以流食或半流食为宜。

3. 复发性脱位,复位后可先采用关节囊内注射50%葡萄糖1~1.5毫升,可重复注射。然后限制下颌运动1~2个月。

4. 对陈旧性脱位或顽固性复发性脱位者应采用手术治疗。

复发性口疮

复发性口疮是发生在口腔粘膜的复发性、自限性的口腔粘膜疼痛性溃疡。其病因尚不太清楚,一般认为与胃肠功能失调、内分泌功能紊乱、精神过度紧张或过敏体质有关。近来有学者提出了自身免疫学说。祖国医学认为心脾有热上攻于口或肾阴不足,虚火上炎则成溃疡。

[**症状表现**]

临床上表现为一种经常反复发作的孤立的圆形或椭圆形浅表小溃疡,直径2~5毫米大小,上盖浅黄或灰白色膜,周围粘膜充血,可发生在口腔粘膜的任何部位,有时发生烧的性痛,影响进食与讲话,通常7~10日自愈,但常会复发。

对其治疗主要采用调节机体防御和免疫功能的全身疗法及对症治疗的局部疗法。

[**家庭护理**]

1. 保证充足睡眠,避免劳累、紧张、用脑过度。

2. 精神愉快,身心轻松,正确对待日常工作和疾病。

3. 避免刺激性饮食,适量补充维生素和各种人体所需的微量元素。

4. 发病期间停止吸烟、饮酒等。

5. 鼓励进食及饮水,尤其是儿童要预防脱水。

6. 每日清洁口腔2~3次。

口腔粘膜感染性疾病

(一)球菌性口炎

由金黄色葡萄球菌、溶血性链球菌、肺炎双球菌等引起的球菌性感染。

［临床症状］

1. 多见于婴幼儿，偶见于成人。

2. 起病急，头痛，发烧，白细胞增高。

3. 口腔粘膜和牙龈均有充血水肿，溃疡表浅，散在或融合成片。

4. 溃疡表面有灰白色或黄褐色伪膜，但由于球菌感染种类不同，伪膜厚薄不同。

5. 患儿唾液增多，疼痛，哭闹，影响进食，颌下淋巴结肿大，压疼，轻微口臭。

6. 口腔溃疡可持续1～2周愈合，体温数日恢复正常。

［治疗］

1. 全身支持疗法。

2. 全身应用抗生素控制细菌感染。

3. 口腔局部以抗炎含漱剂擦洗，保持口腔卫生。

4. 中药以清热解毒，凉血渗湿治之。

(二)单纯疱疹性口炎

由单纯疱疹Ⅰ型病毒引起，表现为疱疹性口炎和唇疱疹。

［临床症状］

1. 婴幼儿多发，成人多发唇疱疹，易复发。

2. 有全身不适或发烧症状，唇疱疹可无全身症状。

3. 口腔粘膜出现簇状的小疱疹，全口牙龈红肿，唇红粘膜和口周皮肤并发疱疹。唇疱疹主要发生于唇红粘膜和口周皮肤。

4. 口腔唾液增加，颌下淋巴结肿大，病损区疼痛，口臭不明显。

5. 成人唇疱疹如针尖或粟粒大小，疱液透明稍黄，破后结痂。疱呈簇状散在分布，灼热性疼、痒、木胀感。

6. 病程7～10天。

［治疗］

1. 全身支持疗法及全身抗病毒治疗。

2. 对口腔病损应给予抗炎、镇痛、促愈合措施，保持口腔卫生。

3. 唇对疱疹可湿敷后用抗生素软膏。

（三）口腔念珠菌病

念珠菌是口腔、肠胃道、呼吸道常见的寄生霉菌，其中白色念珠菌为条件致病菌，可存在于正常人的口腔粘膜。儿童的检出率较高，成人时检出率降低，老年时又可增高，在某种因素影响下可致病。

（四）雪口病或鹅口疮

［临床症状］

1. 多见于婴幼儿，亦可见于体弱多病的成人，好发于唇、舌、颊、软腭等部位。

2. 起病急，自觉口干、烧灼感，儿童表现为哭闹不进食。

3. 粘膜出现乳白色绒膜，很难剥离，若强行剥离露出鲜红糜烂创面，渗血，很快再形成白色绒膜，呈点状或融合成片。

［治疗］

1. 局部含漱或涂擦抗霉菌药物。

2. 口腔以弱碱性液擦洗。

3. 患儿奶具和餐具应煮沸消毒，并放置于碱性液中浸泡。

4. 喂母乳的母亲应用弱碱性液清洗乳头。

（五）抗生素性舌炎

［临床症状］

1. 多见于大量应用抗生素及激素病人。

2. 起病急，多发生在舌背，也可发生在颊、腭、唇等部位，统称为抗生素口炎。

3. 病损表现为粘膜弥散性红斑，舌背乳头萎缩，舌色鲜红，类似上皮剥脱，界限清楚，周围为舌苔。

4. 自觉症状为口干，烧灼样疼痛。

［治疗］

1. 停止滥用抗生素，减少或停用激素。

2. 局部抗霉治疗及用弱碱液含漱。

（六）义齿性口炎

［临床症状］

1. 多见于戴假牙的病人，特别是夜间不习惯摘掉假牙的病人。无义齿者也可发生。

2. 病程慢，可持续数月数年，易复发。

3. 假牙托相应的口腔粘膜有点状充血或局限性红斑。

4. 自觉症状为口干，烧灼性疼。

[治疗]

1，注意口腔卫生，养成夜间摘下假牙的习惯。假牙经清水冲洗后，浸泡在弱碱性液体内。

2. 用含抗霉药物及弱碱性液含漱。

口腔粘膜白斑

口腔粘膜白斑是发生在口腔粘膜的限局性角化增厚斑片，其发病原因尚不太清楚，但可能与下列因素有关：

1. 口腔卫生不良，由人乳头瘤病毒11、16感染。

2. 吸烟、饮酒及吃热的或辛辣性刺激性饮食。

3. 龊齿残根，不合适的义齿的机械性摩擦，金属镶牙及义齿托钩的刺激，牙位不正。

[临床症状]

1. 本病多见于老年男性。

2. 好发于下唇及颊部内侧，特别是咬合线部位，舌背及上颚也可发生。

3. 临床症状：

(1)粘膜限局性白色斑块，略高出粘膜面，边界不规则，表面粗糙。无明显自觉症状，日久对热及刺激性饮食敏感，偶有胀痛感。

(2)有时呈条纹状或网状。

(3)损害逐渐增厚变硬。

(4)对口腔粘膜白斑应做活组织病理检查，以观察有无癌变。有糜烂溃疡者更应注意。

(5)本病根据组织病理改变，可分为白色角化病，轻重程度不同的非典型增生，癌前期病变及原位癌。

(6)本病需与粘膜扁平苔藓鉴别，后者常呈网状斑纹，周边常可见紫红色多角形扁平丘疹，身体其他部位如前臂屈侧偶见典型的多角形紫红色扁平丘疹，上有Wickham纹。龟头部的皮疹常呈环形。

[治疗]

1. 定期随访非常重要，对所有损害均应做活组织病理检查，以排除非典型增生及癌变。

2. 对无异常增生的粘膜白斑，如白色角化病，可用 0.05%～0.1%维甲酸霜膏，或液氮冷冻。

3. 如有非典型增生及原位癌变者则宜行手术切除。

［预防、护理与保健］

1. 去除上述有关不利因素，如忌烟酒及热、辛辣等刺激性饮食。

2. 矫正不合适的义齿及牙托。

3. 养成饭后漱口，早、晚刷牙的卫生习惯。

颌骨骨髓炎

颌骨骨髓炎是由微生物或理化因素引起，包括骨膜、骨皮质、骨髓及髓腔内神经血管的炎症过程的总称。中医称为"骨糟风"。根据临床病理特点及致病因素的不同，分为化脓性、特异性、物理性及化学性几类。

［临床症状］

对于不同致病因素引起颌骨骨髓炎症状不同，但都有颌骨炎症表现。病程进展缓慢，持续时间较长，面部肿胀可以持久不消。在急性炎症期，病人全身反应明显，局部亦有明显红、肿、热、痛的典型急性炎症反应。在慢性炎症期，全身症状不明显，主要为局部症状。病人张口有时困难，面部或口内漏管长期溢脓，经久不愈合，或时好时坏，脓液自口内吞入消化道后，还可引起胃肠道不适，常伴有牙齿松动或脱落，病变晚期，可发生病理性骨折，使咬合关系错乱、颌骨畸形与缺损。

［治疗］

(1)全身抗菌消炎及支持疗法，如静脉滴注青霉素、甲硝唑等抗菌素；同时增加营养、输血、镇痛及维生素类药物的治疗。(2)局部疗法；主要是保持口腔卫生；已形成脓肿的可行脓肿切开引流术；已有死骨形成的可行死骨摘除术等。

［家庭护理］

1. 炎症初期，病人畏寒、发热、头痛、乏力、口干、食欲不振、尿量减少。此时应卧床休息，最好留院观察。若体温超过 40℃ 时尚需进

行降温处理，如头部冷敷、酒精擦浴等。

2. 吃流质或软食。增加营养：由于病人的进食量一般较少，抵消不了营养消耗量，从静脉中补充适量的液体与维生素来弥补体液平衡是很必要的。

常因颌骨病理性骨折或为预防发生病理性骨折而需行颌间栓结，此时应特别注意营养的补给。

3. 保持口腔卫生，饭后刷牙并用漱口剂漱口。对行颌间栓结的病人尚需用双氧水(2%)和生理盐水冲洗口腔，以便清除口腔内的食物残渣或其他脓性分泌物。

4. 下颌骨缺失过多时，易引起舌后坠，应用线将舌牵出固定于病人胸前衣服上，以免舌后坠时阻塞呼吸道而引起窒息死亡。

5. 可给予适当的热敷和理疗，如用频谱仪照射患病区，每日 2~3 次。

6. 对于儿童病人，病情变化较快，应有专人守护，仔细观察病情。

7. 对体弱病人应适当的补充多种维生素，如维 C、复合维 B 等。

8. 对于栓结的病人在栓结除去后，病人可以逐渐练习张口闭口动作，直至恢复正常。千万注意病人张口练习时勿暴饮暴食。

颌面部间隙感染

由于颌面部各个区域的解剖特点，颌面部大致有以下几个间隙：眶下间隙、颊肌间隙、嚼肌间隙、颌下间隙、额下间隙、舌下间隙等。颌骨周围、肌肉筋膜间隙内疏松结缔组织的炎症，统称间隙感染。

病因：致病菌往往是金黄色葡萄球菌，厌氧菌者少见。多为牙源性感染。如牙槽脓肿、牙周脓肿、急性冠周炎发展蔓延所致，腺源性感染，以小儿多见，由颌面部急性淋巴结炎破溃后发展而成。其他如外伤、唇面部疖肿及手术感染等引起。因各种急性传染病引起的血源性感染较少见。

［**临床症状**］

(1)局部症状：有红、肿、热、痛。如感染部位较深，有脓肿形成时，也不易触及波动。由于炎症位置不同，又有其特殊表现，如嚼肌下间隙感染时，嚼肌区肿胀，张口困难或牙关紧闭；颌下间隙感染时，颌下区肿胀，下颌骨下缘外形不清；舌下间隙感染时，口底舌下肿胀，

舌体被抬高，舌的活动受限，吞咽困难，严重时可影响呼吸；眶下间隙感染时，眶下区弥漫性肿胀，眼睛不能睁开。(2)全身症状：轻重不一，有发烧、畏寒、白细胞增多，全身不适，乏力；重者全身代谢紊乱及引起败血症。

[治疗]

按炎症治疗原则。具体可分全身支持疗法，抗生素、中草药、对症治疗等。局部治疗：可理疗、热敷，脓肿成熟时可穿刺或切开引流。应及时治疗病牙及颌下淋巴结炎，面部疖肿勿挤压，早期间隙感染予以积极治疗，防止严重扩散。

[家庭护理]

1. 卧床休息、减少活动。

2. 加强营养，可吃一些含高糖、高蛋白质的流质，多饮水；多喝富含维生素的果汁。

3. 每日换药1～2次，引流条直换到分泌物少时方撤除。

4. 用含漱剂含漱，每日5～6次，尤其在进食后。

5. 尽量少说话，少咀嚼，少吞咽，保证局部休息。

6. 按医嘱按时服用消炎抗菌药物。

7. 严密观察病情，若有加重现象应及时复诊治疗。

8. 蜂窝织炎愈后应及时处理病灶牙，以防复发。

三叉神经痛

三叉神经痛是指在三叉神经分布区域内出现阵发性电击样剧烈疼痛，历时数秒钟或数分钟，间歇期无症状。疼痛可由口腔或颜面的任何刺激引起，以中、老年人多见，多数为单侧性。

三叉神经痛分为原发性和继发性两种。原发性三叉神经痛的病因不明，而继发性则是由于机体内的其他病变压迫或侵犯三叉神经所致。

[临床症状]

在三叉神经某分支区域内，骤然发生闪电式的极为剧烈的疼痛。疼痛可以自发，也可以由轻微的刺激“板机点”所引起。疼痛如电击、针刺、刀割或撕裂样剧痛，每次发作时间一般持续数秒、数十秒或1～2分钟后又骤然停止。病程可呈周期性发作，每次发作期可持续数周

或数月，然后有一段自动的暂时缓解期。常在春季及冬季容易发作。

[治疗]

三叉神经痛如属继发者，应针对病因治疗，如为肿瘤应作肿瘤切除。对原发性三叉神经痛可采取以下几种治疗方法：(1)药物治疗：主要有痛痉宁、苯妥英钠、维生素 B_{12}等药物。(2)组织疗法：主要有肠线埋藏、组织浆注射等方法。(3)注射疗法：常用无水酒精或100%的纯消毒甘油注射于罹患部位的周围神经干或三叉神经半月节。(4)半月神经节射频控温热凝术。(5)手术治疗：对顽固性的三叉神经痛(原发)经保守治疗无效果，可用手术的方法将罹患部位的三叉神经与支撕脱，亦可经颅内途经将三叉神经根部分切断，以解除疼痛。

[家庭护理]

1. 面部易暴露于外部环境中，因而勿让冷风长时间吹面部，在寒冷的冬天更应注意。

2. 经常注意清洁口腔，消除感染源，以防慢性炎症长期刺激三叉神经。

3. 由于三叉神经痛引起的疼痛剧烈，病人常难以忍受，这样长期的刺激常常导致病人精神紧张，因而更应从心理上和精神上体谅病人的痛苦，给予其战胜疾病的信心。

4. 按医嘱定时吃药、复诊。

5. 增强营养的全面摄取，不应偏食。

6. 适当的运动有助于提高机体的自我调节能力，早期治愈疾病。

7. 在疾病的缓解间歇期，应积极的按摩，推拿头面部的一些穴位(如颊车、迎春、四白等)，以最大限度的让三叉神经机能有一个自我调节的机会。

贝尔麻痹

贝尔麻痹系指临床上不能肯定病因的不伴有其他体征或症状的单纯性周围面神经麻痹。

目前其确切病因尚不明了。中医认为本病是由于人体血气不足、面部、耳部遭受风寒侵袭，使局部经络瘀滞，筋脉失养所致。

[临床症状]

起病急骤，且少有自觉症状，不少病员常在临睡时毫无异常，但晨起时，忽觉不能喝水与含漱；或者自己无感觉而为他人首先发现。面瘫的典型症状有：患侧口角下垂，健侧歪斜，上下唇不能紧密闭合，饮水时漏水，不能鼓腮、吃气等。

［治疗］

贝尔面瘫的治疗可分急性期、恢复期、后遗症期三个阶段。(1)急性期：起病1~2周内可视为急性期。常用药物有地塞米松、阿司匹林、维生素B_1等。亦可适当的做理疗，但不宜给予强的刺激。(2)恢复期：第2周末至2年为恢复期。常用药物有维生素B_1，维B_{12}，烟酸，地巴唑等。(3)后遗症期：2年后面瘫仍不能恢复者。

［家庭护理］

1. 发现疾病需立即就诊，以防错过最佳治疗期。

2. 按医嘱定期服药，尚可给予热敷以促进局部血液循环。

3. 注意保护眼睛，以防引起暴露性结膜炎，因而要用眼罩掩盖患侧眼睛，不宜吹风和持续用眼，减少户外活动。

4. 由于疗程较长，因而更应注意坚持治疗。

5. 平时应注意不让冷风吹拂面部。

6. 由于面肌瘫痪，更易使口内食物残渣积存，因而注意饭后清洁口腔更为重要。

7. 保持乐观向上的生活态度对战胜疾病是有益的。

口腔病的预防护理措施

口腔病，特别是龋齿和牙龈炎是多发病和常见病，这些病初起时无症状，起病平缓，易被忽视，病变较重后才就医，往往长时间给病人带来痛苦，影响咀嚼和消化。口腔病的预防措施可有效的防止这些疾病的发生，这些预防措施包括以下几个方面：

1. 保持口腔卫生：

(1)早晚刷牙，饭后漱口，刷牙，漱口是保持口腔卫生的重要方法。可以清除牙面上的食物残渣、细菌等致病因素，并防止牙结石的累积同时起到按摩牙龈，促进牙龈血液循环，提高组织抗病能力的作用。学龄前儿童应养成漱口刷牙的好习惯。

(2)正确的刷牙方法是上下竖刷法，上牙顺着牙缝从上往下刷，

下牙顺着牙缝从下向上刷，牙的咬合面上来回刷，舌腭面也应刷到。

(3)牙刷以小头、毛束稀疏、牙刷柄扁而直者为好，便于口内活动，易于清洁。

牙刷用后应洗净，毛朝上放于漱口杯内晾干。牙膏仅起辅助作用，可随个人喜好选用。

(4)刷牙方法不良(横刷法)造成的后果：引起龈萎缩，主要是唇侧。牙颈部的楔状缺损。牙本质过敏。所以，横刷法一定要革除。

(5)牙间隙的清洁：牙齿齿间常嵌塞食物，易引起牙龈炎及邻面龋。一般情况下最好使用牙线，亦可使用牙签轻轻剔除，或用牙刷刷出即可。

2. 定期口腔检查：

口腔疾病早期无明显自觉症状，待有症状时，病变常已比较严重。定期口腔检查可以早发现、早预防、早治疗。如牙结石是附着在牙面上的坚硬污物，应予清除。青少年中应注意防龋及第三磨牙(智齿)萌出时龈瓣的处理，对阻生牙的处理可防止第二磨牙患龋。中年人除龋齿外，应注意有无不良修复体及粘膜病变，尤其白斑及经久不愈的溃疡，可能发生癌变更应注意防治。

3. 其他预防措施：

(1)纠正不良习惯，如口呼吸、吮唇、吐舌、咬手指、咬铅笔等习惯可引起牙齿排列不整齐、呼吸道感染及牙、颌、面的畸形。

(2)牙龈按摩，可在晨起、睡前及刷牙后，将洗净的手指压于牙龈表面，上下前后按压，全口分区进行，每次2～3分钟即可。牙龈按摩能改善局部血液循环和物质代谢，使牙龈上皮坚韧，提高牙周组织对外界损伤的抵抗能力。